

～ ※ご担当者様へ …… 申込後は、葛飾支部受付印を押印したものを Fax で返信しますので、受診者様には当日持参するようお伝え下さい。～

一般社団法人東京都トラック協会葛飾支部 宛

「運転者適性(一般)診断受診申込書」兼「受診票(1名用)」

会員事業所名		※東ト協所属支部	ご担当者名
		支部	
会社所在地 (連絡先)	〒 () fax ()		

運転者適性診断に下記の者を申し込みます。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	※関交協補助制度 (対人契約車両数分補助有)	受診日	受診時間	備考
記入例 カソ シカ タロウ 葛 飾 太 郎 (携帯電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	昭和・平成 51年1月12日	男・女	1. 有り 2. 無し	11/16 (土)	11:00~12:00	
(※携帯電話番号)	昭和・平成 年 月 日	男・女	1. 有り 2. 無し	11/ ()	~	

注)受診される方へ(お願い) : ① 当日は、本受診票を必ずご持参の上、開始 15 分前迄に受付(2階正面の左側専用受付)を済ませて下さい。② 適性診断受診者の方は、公共交通機関や自転車等をご利用下さい(何卒ご理解ご協力の程お願い申し上げます)。③ 受診者の携帯電話番号は必ず記載して下さい(当日出欠確認のため、お電話をする場合がございます)。

申込先ファクシミリ番号(東ト協葛飾支部)03-3604-3263