

神奈川県トラック協会 **初任・適齢** 適性診断受診申込書

申込日 平成 年 月 日

本申込書は、神奈川県トラック協会の会員事業者が下記②～⑥の適性診断認定機関において、適性診断を受診される場合にご使用ください。助成額は、初任診断・適齢診断2,400円(診断料4,700円)となります。**(一般診断の助成は行っておりません)**
 なお、初任診断・適齢診断については2,300円を受診当日にご予約された認定機関の窓口にてお支払いください。

【所定のお手続き】

1. 空き状況を確認後、ご予約(インターネットまたはFAX) ➡ 予約確認書(認定機関により名称が異なる)が発行されます。

①(独)自動車事故対策機構神奈川支所	TEL 045-471-7401/FAX 045-471-7405
②ヤマト・スタッフ・サプライ(株)東京研修センター	TEL 03-3471-9462/FAX 03-3471-9468
③神奈川県自動車交通共済協同組合	TEL 045-475-2197/FAX 045-475-2199
④(株)都南自動車教習所	TEL 046-253-5151/FAX 046-253-5054
⑤三共自動車学校	TEL 0466-81-3706/FAX 0466-81-3714
⑥小田原ドライビングスクール	TEL 0465-36-1215/FAX 0465-37-4603

2. ご予約された認定機関(①の認定機関を除く)に本申込書をFAX

①(独)自動車事故対策機構神奈川支所	本申込書は不要
②ヤマト・スタッフ・サプライ(株)東京研修センター	ご予約後、本申込書をFAX
③神奈川県自動車交通共済協同組合	ご予約後、本申込書をFAX
④(株)都南自動車教習所	ご予約後、本申込書をFAX
⑤三共自動車学校	ご予約後、本申込書をFAX
⑥小田原ドライビングスクール	ご予約後、本申込書をFAX

下記の必要事項を全てご記入いただき、
 ご予約された認定機関(①の認定機関を除く)にFAXしてください。

会員番号【8桁】
 (必ずご記入ください)

【会社名】	【営業所名】
【住所】 〒	【担当者名】
【電話番号】	【FAX番号】

【受診者名記載欄】 <他都道府県営業所所属運転者等の受診申込はできません。>

氏名	フリガナ	性別	生年月日	診断種類(○印を)	受診日
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時
		男・女	S・H	初 任 ・ 適 齢	月 日 時

- ・共済組合員が③の交通共済にて受診する場合、2,300円の支払いは不要です。
- ・事故対策機構で受診の際は、事故対策機構専用の申込書類を使用してください。(本申込書は不要)
- (注) ・年度を通じ、会費請求台数分人数を超過して受診した場合、超過分は全額負担となります。ご注意ください。
- ・所定のお手続きをされない場合、助成の対象となりません。
- ・予算枠に達した時点で、予告なく助成事業を終了し、その告知はホームページに掲載します。
- ・この申込書に関するお問合せは、事業部交通環境課(TEL 045-471-8882)までご連絡ください。