

「特別適性診断」受診申込書

「特別適性診断」の受診を次のとおり申し込みます。

※当組合が受信完了後、確認のご連絡を差し上げますので、万が一お時間が経過している場合は、お手数ですがご連絡ください。

会社名	
ご担当者名	
メールアドレス	
電話番号	- -
ご住所 (組合員以外の事業所のみ) ご入力ください。	〒 - -

受診コース：初任診断（新規雇用）	受診日の選択： <input type="radio"/> 午前9時～ <input type="radio"/> 午後1時～	年間スケジュール をご確認ください
------------------	--	-----------------------------------

受診者1	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	入社年月日(予定)：	年	月	日	
	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所			
受診者2	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	入社年月日(予定)：	年	月	日	
	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所			

受診コース：適齢診断（満65歳以上）	受診日の選択： <input type="radio"/> 午前9時～ <input type="radio"/> 午後1時～	年間スケジュール をご確認ください
--------------------	--	-----------------------------------

受診者1	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所		
受診者2	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所		

受診コース：特定診断Ⅰ（人身事故惹起）	受診日の選択： <input type="radio"/> 午前9時～ <input type="radio"/> 午後1時～	年間スケジュール をご確認ください
---------------------	--	-----------------------------------

受診者1	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	今回の事故(人身)：	年	月	日	
	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所			
受診者2	フリガナ：	生年月日：	年	月	日	性別：
	氏名：	今回の事故(人身)：	年	月	日	
	所属：	<input type="radio"/> 本社 <input type="radio"/> ()	営業所			

通信欄	
-----	--

この申込書は、「特別適性診断」の受診を受け付けることを目的としています。
この申込書によって当組合に提供される情報は、この目的以外には利用しません。なお、個人情報の取扱いについては、当組合の「[個人情報保護方針](#)」に従います。