　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙１

　令和　　年　　月　　日

南九州交通共済協同組合

理事長　様

住　　所

組合員名

代表者名

担当者名

電話番号

運転適性診断車利用申込書

下記により利用申込みを致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日時 | 令和　 年 　月　 日（　）  　　　　　時　　分　～　　　　時　　分 |
| 実施場所 |  |
| 人数 | 名 |
| 実施内容 | １．運転適性検査  ２．動体視力検査  （ご希望の内容に○印をお付け下さい。） |
| 連絡事項 |  |

担当部署（申込先）

安全推進企画課（熊本本部）・・・電話番号０９６－３６９－０１０８

　　　　　　　　FAX　　０９６－３６９－０５９７

宮崎県事務所 ・・・・・・・・・電話番号０９８５－５３－６０１６

　　　　　　　　FAX　　０９８５－５３－４５８４

鹿児島県事務所 ・・・・・・・・電話番号０９９－２６１－３７１９

　　　　　　　　FAX　　０９９－２６１－１２９３