別紙２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

可搬型運転適性検査器利用申込書

下記により利用申込みを致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望利用期間 | 令和　　年　　月　　日　　　　曜日から令和　　年　　月　　日　　　　曜日まで |
| 受検予定人数 |  |
| 搬送先住所 |  |
| 回収予定日 |  |
| 備考欄 |  |
| ≪通信欄≫（１）　機器類の搬入等の日時調整については、別途ご連絡致します。（２）　機器類の回収時に受検者数の報告をお願いします。（３）　貸出し期間中に機器類の損傷や盗難事故が生じた場合は、その組合員が賠償責任　　　を負う。 |

＊受診者数は、対人契約車両数X１．２倍までとし、

　受診料は無料とする。

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