

独立行政法人自動車事故対策機構

支所長 殿

(申込責任者)

事業者名

住 所

電話番号

役 職

氏 名

以下のとおり、当社に所属する者の適性診断受診者名簿の作成を依頼します。

なお、以下の申請者に本件に関する手続きを一任していることを申し添えます。

1. 太枠内を申請者をご記入ください。

| 事業者別適性診断受診者名簿作成依頼書 | | |
|--------------------|---------------------|-------------------|
| 申込日 | 年 月 日 | |
| 申請者 | 申請者名 | |
| | 所属先 (営業所等) | |
| | 郵送先住所 (※郵送時のみ記載) | 〒 |
| 名簿作成 の対象 | 営業所等 | |
| | 受診期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

(以下、機構記入欄)

[受付日 年 月 日]

[発行日 年 月 日]

2. 本人確認書類

| | | |
|-----------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> 来所 | 提示 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書等公的機関が発行した写真付きの証明書等 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カードの表面 |
| <input type="checkbox"/> 郵送 | 提出 | <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書等公的機関が発行した写真付きの証明書等の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し（被保険者等記号・番号等のマスキング <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 個人番号カードの表面の写し |

[確認者欄]

| | |
|-----|-------|
| 取扱者 | 保護管理者 |
|-----|-------|

[備考] 発行書類の写し（控え）を添付して保管。