別紙２

年　　月　　日

一般社団法人群馬県トラック協会　担当者宛

**（ＦＡＸ：０２７－２６１-７５７６）**

**可搬型運転操作検査器（アクセスチェッカー）利用申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 支部名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 検査器搬送先住所 | 上記住所と同じ場合は記入不要  　〒 |
| 部　署 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　FAX  携帯電話(任意) |
| 受診予定者数 | 人 |
| 希望利用期間  （原則７日間以内） | 年　　月　　日　　曜日から  年　　月　　日　　曜日まで |
| 受付印 | ◆確定後、受付印欄に押印して返信いたします。  ◆機器の搬入日は利用期間前日(ＡＭ）となります。  ◆機器の返却日は利用期間後日(ＰＭ）となります。  ◆診断結果は２部印刷されます。１部は貴社で保管し、複写と記載された1部を群馬県トラック協会に郵送願います。 |
|  |