**様式１（第５条関係）**

一般社団法人群馬県トラック協会

会　長　 武 井　　宏　殿

ＦＡＸ０２７－２６１－７５７６

申込日　令和　　年　　月　　日

会 社 名

住　　所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名

電話番号

F A X番号

脳ＭＲＩ健診受診申請書

　当社は、貴協会の「脳ＭＲＩ健診受診助成金交付要綱」に基づき、当社所属の下記記載の運転者に脳ＭＲＩ健診を受診させたいので申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | （フリガナ）  氏名・生年月日 | 性別 | ※受診希望  医療機関№ | 第１  受診希望日 | 第２  受診希望日 | 決定受診日  (機構記入欄) |
| １ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  時　　分 |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ２ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  時　　分 |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ３ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  時　　分 |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ４ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  時　　分 |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ５ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  ＡＭ・ＰＭ | 月　　日(　)  時　　分 |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |

※受診希望医療機関は、別紙「提携医療機関一覧表」よりお選び下さい。

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

一般社団法人運転従事者脳ＭＲＩ健診支援機構　御中

　上記のとおり申し込みがありましたので、健診受診手続きをお願い申し上げます。

受付㊞

一般社団法人群馬県トラック協会長