**様式２（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

脳ドック健診申請書

　当社は、貴協会の「脳ＭＲＩ健診等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ドック健診を受診させたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | （フリガナ）氏名・生年月日 | 性別 | 受診医療機関 | 受診予定日 |
| １ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)ＡＭ・ＰＭ |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ２ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)ＡＭ・ＰＭ |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ３ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)ＡＭ・ＰＭ |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ４ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)ＡＭ・ＰＭ |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |
| ５ | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 男・女 |  | 月　　日(　)ＡＭ・ＰＭ |
| 西暦　　　年　　月　　日生まれ |

受付㊞