

東京都西多摩トラック事業協同組合

特定診断担当者宛

特定診断面談用資料

■受診者情報

氏名： _____ 様

受診日時： _____ 月 _____ 日 _____ 時

■添付資料内容確認

必須：事故日時場所状況被害等概要(事故報告書)

必須：事故惹起者の勤務状況等管理者の所見

その他

(_____)

資料合計 (本紙除く) _____ 枚

FAX:0428-27-3377