|  |
| --- |
| **別添１****適性診断受診申込書(大隅地区)**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 社 名　　　　　　　　　　　　 　　　㊞　電話番号　　　　　　　　　担当者名（　　　　）　　　　　　　　　 　　下記のとおり適性診断（初任・適齢）の受診を申し込みます。※受診する診断、実施日、受診者名の必要事項をご記入の上、ご返信ください。 |
| 日時及び診断受診者名 | **１「適性診断機器」による診断希望日****・第１希望日　令和　　年　　月　　日（　　）****【初任・適齢】　　時　　分～（受診者名：　　　　　　　　）****【初任・適齢】　　時　　分～（受診者名：　　　　　　　　）****・第２希望日　令和　　年　　月　　日（　　）****【初任・適齢】　　時　　分～（受診者名：　　　　　　　　）****【初任・適齢】　　時　　分～（受診者名：　　　　　　　　）****２「カウンセリング」希望日****・令和　　年　　月　　日（　　）****時間： １１時００分～　・　１３時３０分～****受診者名（　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　）****・令和　　年　　月　　日（　　）** **時間： １１時００分～　・　１３時３０分～****受診者名（　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　）**※１・２ともに、開始時間１５分前までにお越しください。 |
| 　　実施場所 | 　大隅地区研修センター |
| 　　備　　考 | ・適性診断機器による診断は、各時間に1名ずつしか受診できません。・申込み順で受け付けます。・実施人数に限りがあるため、受診の時間等の変更をお願いすることがあります。 |

**※ＦＡＸ（０９９－２６１－３１１３）へご返信ください。**