|  |  |
| --- | --- |
| **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。**