

適性診断受診申込書（大隅地区）

令和 年 月 日

会社名 _____ ⑩

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。

※当日受診料（初任診断及び適齢診断ともに 3,600 円）をご持参ください。

日時及び診断 受診者名	<p>1 「適性診断機器」による診断希望日</p> <p>・第 1 希望日 令和 年 月 日 ()</p> <p>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: _____)</p> <p>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: _____)</p> <p>・第 2 希望日 令和 年 月 日 ()</p> <p>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: _____)</p> <p>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: _____)</p> <p>2 「カウンセリング」希望日</p> <p>・令和 年 月 日 ()</p> <p>【初任】 開始時間: 10 時 45 分～ ・ 14 時 00 分～</p> <p>【適齢】 開始時間: 11 時 30 分～ ・ 13 時 15 分～</p> <p>受診者名 (_____)</p> <p>・令和 年 月 日 ()</p> <p>【初任】 開始時間: 10 時 45 分～ ・ 14 時 00 分～</p> <p>【適齢】 開始時間: 11 時 30 分～ ・ 13 時 15 分～</p> <p>受診者名 (_____)</p> <p>※ 1・2 ともに、開始時間 15 分前までにお越しください。</p>
実施場所	大隅地区研修センター
備 考	<p>・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。</p> <p>・申込み順で受け付けますが、人数に限りがあるため、受診日時等の変更をお願いすることがあります。</p>

※ FAX (099 - 261 - 3113) へ送付ください。