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。
※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	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　初⑳/適⑩*2 ・令和　　年　　月　　日（　　） 【初任】開始時間：　１３時１５分～ 【適齢】開始時間：　１１時００分～　・　１４時００分～ 受診者名（　　・　　） ・令和　　年　　月　　日（　　） 【初任】開始時間：　１３時１５分～ 【適齢】開始時間：　１１時００分～　・　１４時００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。

※ＦＡＸ（０９９－８２１－５８６８）へ送付ください。