

適性診断受診申込書(大隅地区)

令和 年 月 日

会社名 \_\_\_\_\_ (印)

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<br>受診者名 | <b>1 「適性診断機器」による診断希望日</b><br>・ 第1希望日 令和 年 月 日 ( )<br>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: )<br>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: )<br>・ 第2希望日 令和 年 月 日 ( )<br>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: )<br>【初任・適齢】 時 分～ (受診者名: )   |
|                | <b>2 「カウンセリング」希望日</b><br>・ 令和 年 月 日 ( )<br>【初任】開始時間： 10時45分～ ・ <u>14時00分～</u><br>【適齢】開始時間： 11時30分～ ・ <u>13時15分～</u><br>受診者名 ( )<br>・ 令和 年 月 日 ( )<br>【初任】開始時間： 10時45分～ ・ <u>14時00分～</u><br>【適齢】開始時間： 11時30分～ ・ <u>13時15分～</u><br>受診者名 ( )<br>※1・2ともに、開始時間15分前までにお越しくください。 |
| 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。<br>・ 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 (099-261-3113) へ送付ください。