

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 ・令和 年 月 日 () 【初任】開始時間: 10時45分～ ・ 14時00分～ 【適齢】開始時間: 11時30分～ ・ 13時15分～ 受診者名 () ・令和 年 月 日 () 【初任】開始時間: 10時45分～ ・ 14時00分～ 【適齢】開始時間: 11時30分～ ・ 13時15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。