

適性診断 TRIANGLE

利用申込書

ケイ.イー.シー.株式会社 行

_____年 _____月 _____日

会社名					
所在地	〒 _____				
電話番号	_____	_____	FAX番号	_____	_____
Ema i l					
部署			役職		
担当者	印				

(申込情報)

該当する箇所に○をつけてください

コース名	ベーシック		※ベーシックお申込みの方は利用テストをお選びください							
利用テスト	WT 1		WT 2		WT 3		WT 4		WT 5	
コース名	期間別		※期間別をお申込みの方は利用期間をお選びください							
利用期間	1ヶ月		3ヶ月		6ヶ月		12ヶ月			
開始希望日	年	月	日	利用期間	利用開始日より1年間					

【ケイ.イー.シー.株式会社 適性診断テスト事業部】

〒530-0002 大阪市北区曽根崎新地 2-6-12 小学館ビル 9F

TEL : 06-6345-7555 FAX : 06-6345-7550

(営業時間 月~金 10:00~17:00)

HP <http://www.consul.kec.ne.jp> Mail info@consul.kec.ne.jp

(弊社記入欄)

顧客番号					申込番号				
開始日	年	月	日	終了日	年	月	日		