

# 適性診断 TRIANGLE トライアル申込書

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			
備考			

### (申込情報)

開始希望日	_____年 ____月 ____日	利用期間	利用開始日より1ヶ月間
-------	--------------------	------	-------------

#### 【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](mailto:info@consul.kec.ne.jp)

#### (弊社記入欄)

顧客番号	9						
申込番号							
開始日	_____年 ____月 ____日	終了日	_____年 ____月 ____日				
PT		営業担当者					
本申込の有無	有 ・ 無						