

適性診断 TRIANGLE トライアル申込書

ケイ.イー.シー.株式会社 行

平成 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 大阪市北区曾根崎新地 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	9						
申込番号							
開始日	年	月	日	終了日	年	月	日
本申込の有無	有 ・ 無						