

適性診断 TRIANGLE

利用申込書（新規・継続）

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					

（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			スタンダード			プレミアム		
利用テスト	WT 1		WT 2		WT 3		WT 4		WT 5
開始希望日	年 月 日			利用期間		利用開始日より 1 年間			

ご署名		ご捺印	
-----	--	-----	--

【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	