

## 面接員の派遣依頼について(事前相談)

年 月 日

下記事項をご記入の上、FAXまたはE-mail でお申し込みください。折り返し、担当者から連絡させていただきます。

連絡先	貴団体名		
	ご住所	〒 -	
	ご担当者の所属課・ 職名・氏名		
	電話番号 FAX番号 メールアドレス	( ) - ( ) - @	
試験名 (対象職種)			
面接試験の日程 面接員の派遣希望日時		年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 月 日 ( ) : ~ : (名) 月 日 ( ) : ~ : (名)	
(事前の打合せ時間、内容)		( )	
(事後の打合せ時間、内容)		( )	
面接試験の内容		受験者一人当たりの面接時間 分、面接員数 名 受験予定者数 名 (予定人数の決定時期 月 日頃)	
面接時の参考用のための 適性(性格)検査		<input type="checkbox"/> 実施している ( <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 実施していない	
面接員関係	予定されている 面接員の役職等	<input type="checkbox"/> 特別職 <input type="checkbox"/> 部長級 <input type="checkbox"/> 部次長級 <input type="checkbox"/> 課長級 <input type="checkbox"/> 課長補佐級 <input type="checkbox"/> 係長級 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	面接員数 名 (派遣者を除く)	うち面接員の経験 (有 名程度) (無 名程度)	
	講習受講の経験	うち人物試験評価者講習の受講経験 (有 名程度) (無 名程度)	
試験会場 (住所) (最寄り駅(バス停))			
備考 (ご連絡、ご希望(事前講習の実施等)等についてご記入ください。会計書類の日付や宛名等についてもお知らせください。)		<input type="checkbox"/> 会計書類のお届け方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 会計書類の日付 <input type="checkbox"/> 入れる <input type="checkbox"/> 入れない <input type="checkbox"/> インボイス対応 <input type="checkbox"/> 会計書類の宛名 ( )	