

面接員の派遣依頼について (事前相談)

平成 年 月 日

下記事項をご記入の上、FAX送信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	〒 -
	ご担当者の職名・氏名	
	電 話 番 号 F A X 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		平成 年 月 日 () ~ 月 日 () 平成 年 月 日 () : ~ : (名) 月 日 () : ~ : (名) 月 日 () : ~ : (名)
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	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 (旧：面接試験技法研修) 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 (面接時間、事前の人物試験評価者講習の希望等何でもご相談ください。)		