適性診断　ＴＲＩＡＮＧＬＥ
利用申込書

株式会社　アド通QJ　行
FAX　092－761－1215

平成		年		月		日

会社名			
所在地	〒　　－		
電話番号	－　　－	ＦＡＸ番号	－　　－
Ｅ－ｍａｉｌ			
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		トライアル			
利用テスト	ＷＴ１		ＷＴ２		ＷＴ３		WT4		WT5	
開始希望日	年　　月　　日				利用期間	利用開始日より1年間				