年　　月　　日

株式会社インフォテック・サーブ　行

e-IPSTA体験版申込書

FAX (03)5289-9320

住　所	（〒　　－　　）		
法人名称			
所属			
電話番号		担当者名	
E-mail			

■e-IPSTA体験版をご希望の場合は必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込みください。
ご記入いただいたメールアドレスへe-IPSTA体験版のURL及びログイン情報を送付させていただきます。
なお、e-IPSTA体験版のご利用期間は一週間です。

■アンケートにお答えください。

Q1.ITパスポート試験の受験時期はいつごろですか？（複数回答可）
（　　）月

Q2. 本体験版の申込み理由は何ですか？（複数回答可）
- □ 授業と並行しての利用を検討している
- □ ゼミやクラブ活動での利用を検討している
- □ 公開講座での利用を検討している
- □ その他（　　）

Q3.ご利用予定人数は何人くらいですか？
- □ 10人未満　□ 10人～50人未満　□50人～100人未満
- □ 100人超　□ 未定

Q4.「e-IPSTA」に関するお問合せ事項がございましたらお書きください。