

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。

<p>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</p> <p>Q2. 本体験版の申込み理由は何ですか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 内定者研修での利用を検討している <input type="checkbox"/> 新入社員研修での利用を検討している <input type="checkbox"/> 社員研修での利用を検討している <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>Q3. ご利用予定人数は何人くらいですか？ <input type="checkbox"/> 10人未満 <input type="checkbox"/> 10人～50人未満 <input type="checkbox"/> 50人～100人未満 <input type="checkbox"/> 100人超 <input type="checkbox"/> 未定</p> <p>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。</p>
