BULATS

スピーキングテスト実施明細書
(Detailed statement for the speaking test)

「スピーキングテスト実施明細書」は、スピーキングテストを実施する上で必要な情報を記入していただくものです。「運営上の注意」・「ご記入上の注意」・「スピーキングテスト申込規約」を熟読の上、別紙「実施申込書」及び「会場までの地図」に添付してFAX又はE-mailにてご提出ください。なお、1実施日時・1面接室毎に明細書の提出は必要となりますので、複数の面接室/日時で試験実施を行う場合は、該当数分の「スピーキング明細書」の提出が必要となります。

太枠欄のみご記入をお願いいたします。

Job No.　S-

申込団体名 (Name of Organization)				
申込人数 (Number of Applicants)	people(Number)			
実施希望日 (Test Date)	(Year)	(Month)	(Day)	
実施希望時間 (Test Time)	開始時間 (Start time)	:	終了時間 (Finish time)	:
所在地 (Complete Adress, including building name, number, etc.)	〒		※最寄駅 (Nearest station)	線(Line): 駅(Station):
当日担当者名 (Person in Charge)		担当者所属部署 (Department)		
当日連絡先 (Contact Number)	TEL:			
試験会場案内 (Directions to Test Site)	最寄駅から会場に向かい、当日担当者に面会するまでの手順をできるだけ詳細にお書きください。(Please write down the way from the nearest station to the test site and how to have a contact with person in charge.			
面接室名 (Interview Room Name)				
面接官名 (Examiner Name)		Recorder No.	SB－	

Please fill in "Recording No".		時間割（Test Timetable）			
		Candidate Name（ローマ字でご記入ください）		所属（Dept）	開始時間(Start Time)
		氏（Family Name）	名（First Name）		
					:

１面接室での受験者数の上限は20名です。10名を超える場合は15分間の休憩時間を挟みます。20名を超える場合は、複数の面接室を用意していただく必要があります。

備考(Notes)

お 問 合 せ 先(Queries)

NIHON EIGO KENTEI KYHOKAI
BULATS　EXECUTIVE　OFFICE
Tel : 03-3266-6366　Fax : 03-3266-6145
E-mail : stepbulats@eiken.or.jp