

<申込書送付先>

〒078-8555

旭川市緑が丘東3条2丁目2-1

中小企業大学校 旭川校 研修課 あて

※封筒の表に「判定試験 10/26 受験申込書在中」と赤字で記載のうえ、郵送でお送り下さい。

旭川校

187010

上半身写真

4.5 cm×3.5 cm

(写真裏面に氏名を記載のうえ、貼付のこと)

試験受験のみを申し込む方はこちらを提出してください。

独立行政法人中小企業基盤整備機構 北海道本部

中小企業大学校旭川校 殿

実践力判定試験 受験申込書

下記の試験に受験申込をいたします。

申込日：平成30年 月 日

試験名	実践力判定試験（10月 旭川校会場）		実施日	平成30年10月26日	
受験者	フリガナ		生年月日	年 月 日生	
	氏名		年齢	年齢 歳	
	経営革新等支援機関の認定を受けようとする機関名 *個人申込は記載不要		性別	男性 ・ 女性	
			所属長役職		
	所属部課名 *個人申込は記載不要		所属長名		
	所属部課所在地	〒 -	役職		
	E-mail		TEL: ()		
			FAX: ()		
			日中連絡の取れる電話番号 ()		
事務連絡担当者	部課名		フリガナ担当者名		
	所在地	(受講者の所属部課所在地と異なる場合のみご記入ください) 〒 -	連絡先	TEL: ()	FAX: ()
実践研修の受講	修了日	平成 年 月 日	大学校名	(校)	
取得資格	<input type="checkbox"/> 中小企業診断士 <input type="checkbox"/> 税理士 <input type="checkbox"/> 公認会計士 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 行政書士				

～個人情報の保護について～

本試験の応募のためにご提出をいただいた個人情報については、試験の実施と運営ならびに経営革新等支援機関の認定を申請した際の確認等に関する範囲で取り扱います。