

<申込書送付先>
〒489-0001
愛知県瀬戸市川平町79番地
中小企業大学校 瀬戸校 あて
※郵送にてお送り下さい。

瀬戸校

19-91

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)

(独) 中小企業基盤整備機構 中部本部
中小企業大学校瀬戸校 殿

受講申込書

下記の研修に受講申込をいたします。

申込日： 2019年 月 日

| | | | | | | | |
|---------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|---|---|---|----|
| コース名 | 中小企業経営改善計画策定支援研修（実践研修） | | 開講日 | 2019年 7月 11日 | | | |
| | | | 終講日 | 2019年 7月 12日 | | | |
| 受講者 | フリガナ | | 生年月日 | 19 | 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 | | 派遣機関長役職 | | | | |
| | | | 派遣機関長名 | | | | |
| | 所属部課名 *個人申込は記載不要 | | 役職 | | | | |
| | 所属部課所在地 | 〒 - | 連絡先 | TEL: () FAX: () E-mail: 緊急連絡先: () | | | |
| 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: () E-mail: | | | |

* 受入通知等の書類は、事務連絡担当者様宛に送付させていただきます。連絡担当者ご本人の場合は記入不要です。

| | | |
|------|---|--------------------------------------|
| 取得資格 | <input type="checkbox"/> 中小企業診断士（商・工・情・新） 年 月取得 | |
| | <input type="checkbox"/> 税理士 年 月取得 | <input type="checkbox"/> 公認会計士 年 月取得 |
| | <input type="checkbox"/> 弁護士 年 月取得 | <input type="checkbox"/> 司法書士 年 月取得 |
| | <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 年 月取得 | <input type="checkbox"/> 行政書士 年 月取得 |
| | <input type="checkbox"/> 日商簿記検定 級 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | |

| | |
|----------------------------------|--|
| 弁護士、税理士、公認会計士、中小企業診断士の資格をお持ちでない方 | <input type="checkbox"/> 中小企業経営改善計画策定支援研修（理論研修）の専門的知識判定試験合格 受験日： 年 月 日 受験校： 中小企業大学校 校 |
| | <input type="checkbox"/> 経営革新計画等の策定に際し、主たる支援者として関与したあと、当該計画の認定を3件以上受けている。 |

| | | | |
|---------------------|---------|---------|-------|
| 税理士の方は必要事項をご記入ください。 | 税理士登録番号 | 所属税理士会名 | 所属支部名 |
| | | | |

| | |
|-----------------------|--------|
| 公認会計士の方は必要事項をご記入ください。 | 研修登録番号 |
| | |

| | |
|-----------------|--|
| 経営革新等支援機関の認定の有無 | <input type="checkbox"/> 既に認定を受けている 年 月取得 ※実践力判定試験を受験する必要はございません。 |
|-----------------|--|

【実践力判定試験の受験希望について】

終講日に実践力判定試験を実施します。受験の希望について以下にお答えください。（どちらかに○を付けてください。）

| | | |
|----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 実践力判定試験の受験について | <input type="radio"/> ① 受験を希望する | <input type="radio"/> ② 受験を希望しない |
|----------------|---------------------------------|----------------------------------|

【入寮希望について】

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 入寮について (該当するものに○印をつけてください) | <input type="checkbox"/> 1. 当日から宿泊 | <input type="checkbox"/> 2. 前日から宿泊 | <input type="checkbox"/> 3. 宿泊しない |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|

～受講申込における個人情報の保護について～

中小企業基盤整備機構では「個人情報保護法」に基づき、受講者の個人情報の適切な管理に努めてまいります。皆様から頂戴しました受講申込書に記載されている内容をもとに、今後皆様にご有益と思われる研修のご案内を郵便、電子メール、FAX等をお送りさせていただくことがあります。また、研修実施にあたり、講師に個人情報を通知する場合がありますが、より効果的な研修にすることを目的に行うものです。「個人情報」につきましてご質問等がありましたら各大学校までお寄せくださいますようお願いいたします。

(受講申込書の記入例)

瀬戸校の場合の記入例

(独)中小企業基盤整備機構 中部本部
中小企業大学校瀬戸校 殿

瀬戸校

19-91

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)

受講申込書

下記の研修に受講申込をいたします。

申込日： 2019年 5月 20日

| | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| コース名 | 中小企業経営改善計画策定支援研修 (実践研修) | | 開講日 | 2019年 7月 11日 |
| | | | 終講日 | 2019年 7月 12日 |
| 受講者 | フリガナ | チュウショウ タロウ | 生年月日 | 19〇〇年 〇〇月 〇〇日生 |
| | 氏名 | 中小 太郎 | 年齢 | 年齢 〇〇 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 | 〇〇商工会議所 | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| | 派遣機関長役職 | | 派遣機関長名 | 中小 一男 |
| | 所属部課名 *個人申込は記載不要 | 〇〇〇部〇〇〇課 | 役職 | 経営支援課長 |
| 所属部課所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 | 連絡先 | TEL:◇◇ (◇◇◇◇) ◇◇◇◇ FAX:×× (××××) ×××× E-mail: *****@***** | |
| 事務連絡担当者 | 部課名 | 総務部総務課 | フリガナ担当者名 | チュウショウ ジロウ 中小 二郎 |
| | 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) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 | 連絡先 | TEL:△△ (△△△△) △△△△ FAX:□□ (□□□□) □□□□ E-mail: *****@***** |
| * 受入通知等の書類は、事務連絡担当者様宛に送付させていただきます。連絡担当者をご本人の場合は記入不要です。 | | | | |

| | | | |
|----------------------------------|---|--|-------|
| 取得資格 | <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業診断士 (商・工・情・新) 2008年 4月 取得 | | |
| | <input type="checkbox"/> 税理士 年 月 取得 | <input type="checkbox"/> 公認会計士 年 月 取得 | |
| | <input type="checkbox"/> 弁護士 年 月 取得 | <input type="checkbox"/> 司法書士 年 月 取得 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険労務士 2011年 12月 取得 | <input checked="" type="checkbox"/> 行政書士 2006年 4月 取得 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 日商簿記検定 2級 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 (販売士1級) | |
| 弁護士、税理士、公認会計士、中小企業診断士の資格をお持ちでない方 | <input type="checkbox"/> 中小企業経営改善計画策定支援研修 (理論研修) の専門的知識判定試験合格 受験日： 年 月 日 受験校： 中小企業大学校 校 <input type="checkbox"/> 経営革新計画等の策定に際し、主たる支援者として関与したあと、当該計画の認定を3件以上受けている。 | | |
| 税理士の方は必要事項をご記入ください。 | 税理士登録番号 | 所属税理士会名 | 所属支部名 |
| 公認会計士の方は必要事項をご記入ください。 | 研修登録番号 | | |
| 経営革新等支援機関の認定の有無 | <input type="checkbox"/> 既に認定を受けている 年 月 取得 ※実践力判定試験を受験する必要はございません。 | | |

【実践力判定試験の受験希望について】

終講日に実践力判定試験を実施します。受験の希望について以下にお答えください。(どちらかに○を付けてください。)

| | | |
|----------------|--|----------------------------------|
| 実践力判定試験の受験について | <input checked="" type="radio"/> ② 受験を希望する | <input type="radio"/> ① 受験を希望しない |
|----------------|--|----------------------------------|

【入寮希望について】

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|
| 入寮について (該当するものに○印をつけてください) | <input type="radio"/> 1. 当日から宿泊 | <input checked="" type="radio"/> 2. 前日から宿泊 | <input type="radio"/> 3. 宿泊しない |
|----------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|

～受講申込における個人情報の保護について～

中小企業基盤整備機構では「個人情報保護法」に基づき、受講者の個人情報の適切な管理に努めてまいります。皆様から頂戴しました受講申込書に記載されている内容をもとに、今後皆様にも有益と思われる研修のご案内を郵便、電子メール、FAX等をお送りさせていただくことがあります。また、研修実施にあたり、講師に個人情報を通知する場合がありますが、より効果的な研修にすることを目的に行うものです。「個人情報」につきましてご質問等がありましたら各大学校までお寄せくださいますようお願いいたします。