

<申込書送付先> 〒207-8515 東京都東大和市桜が丘 2-137-5  
中小企業大学校 東京校 支援研修課 あて  
※封筒の表に「実践研修受講申込書在中」と赤字で記載の上、郵送でお送りください。

研修受講のみ、または研修受講と試験の両方を申し込む方はこちらを提出してください。(「実践力判定試験受験申込書」の提出は不要です。)

(独)中小企業基盤整備機構 関東本部

東京校 52XX

(平成〇〇年〇月)

中小企業大学校東京校 殿

# 受講申込書

受講条件を確認の上、下記の研修に受講・受験申込をいたします。

申込日：平成〇〇年〇月〇日

※募集要項を十分ご確認の上、お申込みください。

顔写真  
4.5 cm×3.5 cm  
(写真裏面に氏名を記載のうえ、貼付すること)

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	平成 〇〇年 〇月 〇日
		終講日	平成 〇〇年 〇月 〇日
フリガナ	チュウショウ タロウ	生年月日	19〇〇年 〇月 〇日生
受講者氏名	中小 太郎	年齢	年齢〇〇歳
		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
認定を受けようとする機関名(〇印) (1)個人(上記氏名に同じ) (2)法人(受講料振込名義と同一であること)	〇〇経営事務所	所属長役職	所長
所属部課名 (個人申込は記載不要)	〇〇課	所属長名	中小 一男
所属部課所在地 (個人の方はご自宅住所をご記入願います。)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇	役職	〇〇課長
		TEL	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇
		FAX	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇

※研修に関する連絡が必要な場合に使用しますのでご記入ください。

メールアドレス	E-mail *****@*****	日中連絡のとれる電話番号	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇	
事務連絡担当者	部課名	〇〇課	フリガナ担当者名	中小 花子
	所在地 (上記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	TEL	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇
			FAX	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇

※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。連絡担当者が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) 昭和(平成) 20年 4月取得 <input type="checkbox"/> 税理士 昭和・平成 年 月取得 <input type="checkbox"/> 弁護士 昭和・平成 年 月取得 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険労務士 昭和・平成 〇〇年 〇月取得 <input checked="" type="checkbox"/> 行政書士 昭和・平成 〇〇年 〇月取得 <input type="checkbox"/> 公認会計士 昭和・平成 年 月取得 <input type="checkbox"/> 司法書士 昭和・平成 年 月取得 <input type="checkbox"/> 経営士 昭和・平成 年 月取得 <input type="checkbox"/> その他
------	---

※弁護士、税理士、公認会計士及び金融機関の役職員でない方 *該当する口にチェックしてください。 *該当しない場合は受講資格はありません。	<input checked="" 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：平成〇〇年〇月〇日 受験校：中小企業大学校 〇〇校 <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
--	---

※弁護士、税理士、公認会計士及び金融機関の役職員で法人にて申請をご希望の方	〇認定申請書の提出先となる経済産業局に問い合わせ済みである。(※「募集要項 13. Q3: 受講資格について」の【ご注意】を必ずご確認の上、既にお問合せ確認済みの場合には口欄にチェックをお入れください。)
---------------------------------------	--

当研修は日本税理士会連合会の認定研修です。 税理士の方は右の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
当研修は日本公認会計士協会の認定研修です。 公認会計士の方は右の事項をご記入ください。	研修登録番号		

認定経営革新等支援機関の認定 (該当する口にレ点と記入)	<input type="checkbox"/> 既に認定を受けている個人(平成 年 月取得) <input type="checkbox"/> 既に認定を受けている法人で、当該認定申請を行った本人(平成 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。お間違いないようお願いいたします。
---------------------------------	--

## 【実践力判定試験の受験申込について】

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。(どちらかに〇を付けてください。)

実践力判定試験の受験について	<input checked="" type="radio"/> (1) 受験の申込みをする	<input type="radio"/> (2) 受験の申込みはしない
----------------	--	--------------------------------------

～個人情報の取り扱いについて～

当研修の応募のためにご提出いただいた個人情報については、当研修の実施と運営に関する範囲で取り扱います。なお、より効果的に研修を行うため、講師に個人情報をお知らせする場合があります。また、試験の応募のためにご提出いただいた個人情報については、当試験の実施と運営ならびに認定支援機関への申請をした際の確認等に関する範囲で取り扱います。

下記の期間、入寮申し込みをいたします。在寮中は管理者の指示に従い集団生活の秩序を乱さないよう努めることを誓約します。

※すべての宿泊室は禁煙となっておりますのでご了承ください。

## 入寮申込書

フリガナ	チュウショウ タロウ	入寮日 (日付を記入)	退寮日 (日付を記入)
入寮者氏名	中小 太郎	<input type="checkbox"/> 〇/× *該当する口にチェック <input type="checkbox"/> 研修開始日 <input checked="" type="checkbox"/> 研修開始日の前日	<input type="checkbox"/> 〇/× *該当する口にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 研修終了日 <input type="checkbox"/> 研修終了日の翌日
緊急連絡先 TEL (自宅等)	◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇		

今後、当機構の研修やイベント等のご案内を郵送、電子メール、FAX 等でお送りしてもよろしいですか?  はい  いいえ