

<申込書類メール送信先>
中小企業大学校関西校
研修課 実践力判定試験担当宛

Email : kenshu-kansaiko@smrj.go.jp
※申込受付期間内にメールに添付して送信してください。

関西校

試験の受験のみを
申し込む方はこちらを
提出してください

上半身写真
4.5 cm×3.5 cm

(独) 中小企業基盤整備機構
中小企業大学校関西校 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： 年 月 日

試験名	実践力判定試験（関西校）		実施日	年 月 日
受験者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名		年齢	年齢 歳
	認定を受けようとする機関(法人)名 *個人申込は屋号等任意		性別	男性 ・ 女性
			代表者 役職	
	所属部課名 *個人申込は記載不要		代表者名	
			役職	
所属部課 所在地 *個人申込は自宅住所を ご記入ください	〒 -		TEL: ()	
	E-mail		FAX: ()	
			日中連絡のとれる電話番号: ()	
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	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			

～個人情報取り扱いについて～

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認定支援機関を申請した際の確認等に関する範囲で取り扱います。