

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

九州校

<受講申込書メール送信先>

中小企業大学校九州校 実践研修担当宛て

Email: no-kenshu@smrj.go.jp

申し込み受付期間内にメールに添付して送信してください。

※確認のため、メール送付後にお電話にて送付の旨をご連絡ください。

Tel: 092-263-1554

上半身写真

4.5 cm × 3.5 cm

(写真裏面に氏
名を記載のうえ、
貼付すること)

(独)中小企業基盤整備機構

中小企業大学校 九州校 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：令和 年 月 日

試験名	実践力判定試験（九州校）		実施日	令和8年2月27日（金）
受験者	フリガナ	チュウショウ タロウ	生年月日	西暦〇〇〇〇年〇月〇〇日生
	氏 名	中小 太郎	年 齢	年 齢 〇〇 歳
			性 別	☒ 男性 ☐ 女性
	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	〇〇経営事務所	所属長 役職	所長
			所属 長名	中小 一郎
	所属部課名 *個人申込は記載不要	〇〇課	役職	〇〇課長
	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		TEL: ()
		FAX: ()		
E-mail 〇〇〇〇 @ 〇〇〇〇.co.jp		日中連絡のとれる電話番号: 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
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	(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: 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
				FAX: 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
実践研修 の受講	修了日	〔西暦〕 〇〇〇〇年〇月〇〇日	大学校名	(九州校)
取得資格	☐ 中小企業診断士 ☐ 税理士 ☐ 公認会計士 ☐ 弁護士 ☐ 社会保険労務士 ☐ 行政書士			

～個人情報の取り扱いについて～

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。