**仙台校**

<申込先>

中小企業大学校 仙台校　研修課　あて

**ＦＡＸ：０２２－３９２－８８１２**

**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**

(独)中小企業基盤整備機構

　　中小企業大学校 仙台校　　　　　　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：２０２４年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 試験名 | 実践力判定試験（１１月　仙台校） | | | 実施日 | ２０２４年１１月１日（金） |
| 受験者 | フリガナ |  | | 生年月日  年　齢 | 西暦 　 年 　 月 　日生  年齢　　　歳 |
| 氏 名 |  | |
| 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 |  | | 所属長  役職 |  |
| 所属  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 | 〒　　　　－ | | | TEL:　　　（　　　　） |
| FAX：　　　（　　　　） |
| 試験予定の変更が発生した場合、土日祝でも必ず連絡が取れる電話番号：  　　　　　（　　　　　） |
| E-mail |  | |
| 事務連絡  担当者 | 部課名 |  | | 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 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日  ※「実践研修」の修了証書の写しを添付下さい | | 大学校名 | （　　　　　　　校） |

～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。