

<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

24-501

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(記入日): 2024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	2024年7月11日			
			終講日	2024年7月12日			
受講者	フリガナ		生年月日	西暦	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		性別	男性・女性			
	所属部課名 *個人申込は記載不要		機関長役職				
	所在地	〒		機関長名			
			役職				
	E-mail		TEL:	()			
			FAX:	()			
			研修予定の変更等が発生した場合、土日祝 でも必ず連絡が取れる電話番号:				
			TEL:	()			
事務連絡 担当者	部課名		フリガナ 担当者名				
	所在地	(受講者の上記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いたします。連絡担当者がご本人の場合は記入不要です。

取得資格	<input 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"/> 経営士 年 月取得		<input type="checkbox"/> その他()			
弁護士、税理士、公認会計士、中小企業診断士及び金融機関の役職員以外の方 ※該当する□にチェックしてください。 (該当しない場合受講資格はありません)	<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。(ただし、「経営力向上計画」については、最大1件までしか実績と認めません。)					
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			
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					
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 西暦 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。(更新を目的とした受験を除く)					

【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="radio"/> 1. 当日から宿泊	<input 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、今後皆様にご利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、より効果的な研修を行う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

24-501

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(記入日): 2024年 5月 15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	2024年 7月 11日
			終講日	2024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	西暦 1994年 4月 1日生
	氏名	中小 太郎	年齢	年齢 30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	〇〇コンサルタント株式会社	機関長役職	代表取締役
	所属部課名 *個人申込は記載不要	コンサルティング部	機関長名	中小 一男
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		役職	部長
	E-mail	*****@****	TEL:◇◇(◇◇◇◇)◇◇◇◇ FAX:××(××××)×××× 研修予定の変更等が発生した場合、土日祝でも必ず連絡が取れる電話番号 TEL:〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
事務連絡担当者	部課名	総務部	フリガナ担当者名	チュウショウ ジロウ 中小 二郎
	所在地	(受講者の上記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いたします。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) 2022年 5月取得 <input checked="" type="checkbox"/> 税理士 2020年 1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 2019年 12月取得 <input type="checkbox"/> 行政書士 年 月取得 <input type="checkbox"/> 経営士 年 月取得 <input type="checkbox"/> その他()			
	弁護士、税理士、公認会計士、中小企業診断士及び金融機関の役職員以外の方 ※該当する□にチェックしてください。(該当しない場合受講資格はありません)			
<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。(ただし、「経営力向上計画」については、最大1件までしか実績と認めません。)				
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	
	〇〇〇〇〇〇	〇〇税理士会	〇〇支部	
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			
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 西暦 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。(更新を目的とした受験を除く)			

【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、今後皆様にご利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、より効果的な研修を行う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。