独立行政法人　中小企業基盤整備機構

関東本部　中小企業大学校東京校　校長　殿

殿

受付番号　　　　 　（当校記入）

**受 講 申 込 書**

（第45期　中小企業診断士養成課程）

申込日：〔西暦〕　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込種別 | **①機関申込　　・　　②個人申込　　　　←どちらかに○をしてください。** | | | | | | | | |
| （フリガナ）  受講者氏名 |  | | 生年月日  年　齢 | | | 〔西暦〕　　 年　　月　　日生  **申込日現在**の年齢　　　歳 | | | |
|  | |
| 性　別 | | | 男　性　・　女　性 | | | |
| 本人現住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| 本人連絡先 | TEL： | E-mail：　　　　　キャリアメールは不可 | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | TEL： | 氏名 | |  | | | 続柄 |  | |
| （フリガナ）  派遣元機関名  ＊個人の方は記載不要 |  | 派遣元  所属長役職 | | |  | | | | **公印**  ＊太線内は機関申込の方のみご記入下さい。  **（↑必須）** |
|  |
| 派遣元  所属長名 | | |  | | | |
| 派遣元機関住所  ＊個人の方は記載不要 | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| （フリガナ）  受講者所属機関名 |  | | | | | | | | |
| ※派遣元機関名と同一の場合同上とお書きください | | | | | | | | |
| 受講者所属機関  住所 | ※派遣元機関名と同一の場合同上とお書きください | | | | | | | | |
| 受講者所属部課 |  | | 受講者役職 | | |  | | | |
| 事務連絡者  所属部課 |  | | （フリガナ）  事務連絡者名 | | |  | | | |
| 事務連絡者連絡先 | TEL：  FAX： | | E-mail： | | | | | | |
| 実務経験年数 | 年　　か月（**養成課程開講日時点での全職歴の通算年月数を記入**） | | | | | | | | |
| パソコン操作に  関する基礎知識 | ワープロ機能を使って文書・図表などを作成：  ①出来る・②マニュアルを見ながらなら出来る・③出来ない  表計算機能を使って図表・簡単な計算式などを作成：  ①出来る・②マニュアルを見ながらなら出来る・③出来ない  プレゼンテーション機能を使って効果的な説明資料を作成：  ①出来る・②マニュアルを見ながらなら出来る・③出来ない | | | | | | | | |

　　受講料（当校記入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受付手数料（当校記入）

機関申込の方のみ提出して下さい。

受付番号　　　　 　（当校記入）

**推　薦　書**

独立行政法人　中小企業基盤整備機構

関東本部　中小企業大学校東京校　校長　殿

派遣元機関名

所属長役職

所属長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　**公印**

下記の者を当機関の中小企業の支援に係る業務に従事させたいので「第45期　中小企業診断士養成課程　受講申込書」に、本推薦書を添えて受講の申込みをいたします。

　　　　　　　　受講者所属部課・役職

受講者氏名

１．推薦理由

|  |
| --- |
|  |

２．当養成課程修了後に配置する部課名・活動内容（予定で結構です）

|  |
| --- |
|  |

３．貴機関が東京校の養成課程を選択した理由

|  |
| --- |
|  |

４．貴機関における東京校の養成課程修了者の活動状況

|  |
| --- |
|  |

５．貴機関における当養成課程への派遣に対する方針・取り組み、今後の派遣計画等

|  |
| --- |
|  |

第45期　中小企業診断士養成課程

写真(**胸から上の半身**)の裏に氏名をご記入の上、この場所にのり付けして下さい。

4.5cm×3.5cm

※デジタルデータ可

受付番号　　　　　　　　（当校記入）

**履　歴　書**

申込日：〔西暦〕　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  受講者氏名 |  | 生年月日  年　齢 | | 〔西暦〕　　　年　　月　　日生  **申込日現在**の年齢　　　歳 |
|  |
| 性　別 | | 男　性　・　女　性 |
| 本人現住所 | 〒　　　－ | | | |
| 本人連絡先 | TEL： | | E-mail：　　キャリアメールは不可 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 西暦 | 月 | 主な学歴・職歴・賞罰 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 賞罰 |
|  |  |  |

\*下記項目に保有資格がある場合は、○をつけてください。なお、下記以外の資格は身上書に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 取得資格 | ・公認会計士　・税理士　　・社会保険労務士　　・行政書士  ・会計士補　　・簿記検定試験（検定名：　　　　　　／　　級）　・情報処理技術者 |

第45期　中小企業診断士養成課程

受付番号　 　　　　　　（当校記入）

**身　上　書**

**（フリガナ）**

**氏　　名**： 　　 　　 　　　　　　申込日：〔西暦〕　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特殊技能  資　　格  履歴書に記載した以外の資格等 |  | 趣味・特技 |

**◆健康状態についての本人の所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の健康状態 | 良好・経過観察中・加療中（経過観察中及び加療中の方は＊印の部分もご記入下さい。） |
| ＊疾病名 |  |
| ＊通院状況 | 週・　　月に（　　　　）回程度 |
| ＊特記事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギー | 無　・　有　※有の場合、具体的な種類（　　　　　　　　　　　　　） |

**◆自己紹介**

|  |
| --- |
| 志望動機 |
| 当校においての研究課題または興味ある科目 |
| これまで、仕事面や仕事以外の面で特に力を注いだこと |
| 私の特徴 |

**◆個人申込みの方のみご記入ください。**

|  |
| --- |
| 養成課程修了後の活動方針 |
| 養成課程受講に関する会社との調整状況（現在、会社等にお勤めの方のみご記入ください） |

受付番号　　　　 　（当校記入）

第45期　中小企業診断士養成課程　返信用ラべル

機関申込の方は募集要項P12の記入例の通り部署名・担当者名を必ずご記入ください。

【書類（受付票・合否通知等）郵送先の住所・宛名をご記入下さい。】　【必ず「様」と記載してください。「行」や「宛」に変えないで下さい。】

　※郵送先については、機関申込の方は事務連絡者、個人申込の方は受講者本人の宛先を記載ください。

第45期　中小企業診断士養成課程

受　　付　　票

受付番号：　　　　　　　　　　　　（当校記入）

フリガナ：

氏　　名：

〒

　　　　　　　　様

①受付票送付用

履歴書と同一の写真(**胸から上の半身**)の裏に氏名をご記入の上、この場所にのり付けして下さい。

4.5cm×3.5cm

※デジタルデータ可

（当校記入）

〒

　　　　　　　　様

③受講者　決定通知送付用

第45期　中小企業診断士養成課程

写　　真　　票

受付番号：　　　　　　　　　　　　（当校記入）

フリガナ：

氏　　名：

〒

　　　　　　　　様

④予備

〒

　　　　　　　　様

②面接対象者　決定通知送付用

第45期　中小企業診断士養成課程

面　　接　　票

受付番号：　　　　　　　　　　　　（当校記入）

フリガナ：

氏　　名：

受付番号　 　　　　　　（当校記入）

**健 康 診 断 書**

第45期　中小企業診断士養成課程

**氏　　名**： 　　 **性　　別**：　男性　・　女性

**生年月日**： 〔西暦〕　　　　年　　　月　　　日 生　 **年　　齢**：　　　　　　　歳

**身　　長**：　　　　　　　cm　 **体　　重**：　　　　　　　kg

**血　　圧**：最 高　　　　　　最 低　　　 　　　 **尿**： 蛋白（ 　）　 糖（ ）

**視　　力**：右 　 左 ＊メガネ・コンタクト使用の場合、矯正視力を記入

**聴　　力**： 日常会話に　支障なし・支障あり

**胸部X線**：（直接・間接）所見（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

注：2025年5月23日以後、人間ドック等で胸部Ｘ線を受診している場合は、その診断結果を添付することにより胸部Ｘ線の受診を省略することが可能です。

**既往歴**：

**自覚症状**：

**他覚症状**：

**総合所見**：

医療機関名

**＊本診断書は、概ね６か月間にわたる研修を、心身の健康状態に支障なく受講いただけるかを判断するためにご提出いただいています。**

**判定日時点の健康状態を、上記基準（下線部）に照らして医師に判断してもらい、総合所見を記入してもらって下さい。**

医療機関住所

医療機関電話

判定医師名　　　　　　　　　　　　　　　　印

判定日　　　〔西暦〕　　　　　　年　　月　　日