

令和 2 年度 「東京都要約筆記者実践講習会」

受 講 申 込 書

上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。

東京都福祉保健局長 殿

令和 2 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	西暦	年	職 業	
氏 名			昭和・平成	年		
現住所	〒		電 話			
			F A X			
勤務先 (在学先)	〒	勤務先 (在学先)	電 話			
所在地	名称					
講習会受講状況	* 開催地域 ()					
	年度 修了・修了見込み					
希望コース	* 手書きコース					
希望コースに○を つけてください。	志望動機					
	* パソコンコース					
	志望動機					

※ 都外在住者は、勤務先または在学先名称及び所在地を明記してください。

※ 個人情報 は、本講習会及び運營業務以外には使用しません。

令和2年度 「東京都要約筆記者実践講習会」

記載例

受講申込書

上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。

東京都福祉保健局長 殿

令和2年 月 日

フリガナ	ハケン タロウ		生年月日	西暦	1985年	職業	会社員
氏名	派遣 太郎			昭和・平成	60年 1月15日生 35歳		
現住所	〒〇〇〇-xxxx 東京都新宿区●■町 1-2-34-506			電話	03-〇〇〇-xxxx		
				FAX	同上		
勤務先 (在学先)	〒			勤務先 (在学先)			
所在地	名称			電話			
講習会受講状況	*開催地域 (東京都) 令和2年度 修了・修了見込み						
希望コース	*手書きコース 志望動機 〇〇〇〇〇〇…。						
希望コースに○をつけてください。	*パソコンコース 志望動機						

※ 都外在住者は、勤務先または在学先名称及び所在地を明記してください。

※ 個人情報は、本講習会及び運營業務以外には使用しません。