

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。

東京都福祉局長 殿

令和 8 年 月 日

フリガナ			生 年 月 日	西暦	年	年	歳
氏 名				月	日生	齢	
現住所	〒			電 話			
				F A X			
メール アドレス	※携帯、パソコンの両方をお持ちの方は、両方の記載をお願いします。						
職業							
在勤先 (在学先) 所在地	名称			在勤先 (在学先) 電 話			
	〒						
希望コース	* 手書きコース * パソコンコース <志望動機>						
希望コースに○をつけてください。							
同意確認	以下の内容に同意される方は、 <input type="checkbox"/> にチェック（✓）をし、ご署名をお願いします。 <input type="checkbox"/> 都内在住、または都内在勤・在学中です。 <input type="checkbox"/> 受講決定後のコース変更はしません。 <input type="checkbox"/> 選考試験および講義内容の一切について、録音・録画・複製・転記・転載・インターネット等での配信はしません。 <input type="checkbox"/> 上記事項に違反があった場合、受講資格を取り消す可能性があることを確認しました。 <div style="text-align: right;">ご署名： _____</div>						

※ 都外在住者は、在勤先または在学先名称及び所在地を明記してください。

※ 個人情報とは、本講習会及び運營業務以外には使用しません。