

# 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

ふりがな		生年月日	西暦	年	年齢	歳
氏名			月	日生		
現住所	〒		電話			
			FAX			
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						
勤務先 (在学先) 所在地	名称			勤務先 (在学先) 電話		
	〒					
講習会 受講状況	年度	修了	・	修了見込み (いずれかに○)	受講地域(	)
希望コース	手書きコース ・ パソコンコース (いずれかに○)					
志望動機 (150文字 以上)						
同意確認	<p>以下の内容に同意される方は、□にチェック(✓)をし、ご署名をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 都内在住、または都内在勤・在学中です。</p> <p><input type="checkbox"/> 受講決定後のコース変更はしません。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> その他、募集要項に記載されているすべての事項に関して同意します。</p> <p><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。</p> <p style="text-align: right;">ご署名： _____</p>					

※ 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、本講習会及び運営業務以外には使用しません。