市町村アカデミー　研修部行　　**（ＦＡＸ　043-276-8484）**

セ　ミ　ナ　ー　参　加　申　込　書

科　　目	監　査　委　員　セ　ミ　ナ　ー								
時　　期	平成２６年１１月４日から平成２６年１１月５日まで								
市区町村コード番号(注)							所在地等（研修担当課）	〒 電　話（　　（直通）　　） ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（　　）	
団　体　名	都道府県　名								
	市町村名								
参加者	フリガナ							□大正 □昭和　　年　　月　　日生(満　　歳) □平成	
	氏　名	（□男　□女）							
職　　名	該当する欄(□)に　印（レ点）を付けてください。								
	□ 識見委員			□ 代表監査委員					
	□ 議員選任委員			□ 監査委員					
過去の参加の有無	該当する番号の□に　印（レ点）を付けてください。 □　１．以前特別セミナーに参加したことがある。 （回数：　　回、参加科目名：　　） □　２．今回、初めて参加する。								
特記事項 ※身体の障がいその他、市町村ｱｶﾃﾞﾐｰに配慮を要望する事項等									

上記のとおり特別セミナーの参加申込みをします。

平成　　年　　月　　日

□（市・区・町・村）長
□（市・区・町・村）議会議長
□（市・区・町・村）代表監査委員

氏　　名

（担当部課：
担当者職氏名：）

市町村職員中央研修所学長　　殿

（注）１．該当する番号の□に　印（レ点）を付けてください。
２．市区町村コード番号は、全国市町村要覧に記載されているコード（６ケタ）と同じものです。

この申込書でご提供いただいた個人情報は、今回の研修実施及び今後の研修のために使用します。