

市町村アカデミー研修部 FAX 043-276-8484

## 特別課程受講申込書

- ① 「研修科目」「研修期間」にお間違いがないか御確認ください。  
 ② 枠内の白抜き部分に御記入ください。  
 ③ 右上のFAX番号へ送信ください。

研修科目	市町村議会議員特別セミナー③		
研修期間	令和 5 年 1 月 10 日から	令和 5 年 1 月 11 日まで	
申込団体	市区町村コード番号 (一部事務組合等コード番号)	団体が所在する 都道府県	市区町村名(団体名)
受講者 ※	氏 名		生年月日
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	役 職 名 等	
	研修の種類に応じ、該当するものの口に印(レ点)を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 氏名決定	【市町村議会議員特別セミナー】	<input type="checkbox"/> 議長 <input type="checkbox"/> 副議長	<input type="checkbox"/> 左記以外の議員
(氏名未定で仮申込みをしていた者の氏名が決定した際は、すべての欄に情報を記入するとともに、上の口にレ印を付けてください。)	当研修所の研修の受講経験の有無		
	<input type="checkbox"/> 経験なし	<input type="checkbox"/> 経験あり	※受講回数 ( )回
	その他連絡事項		
	(身体の障がい、食物アレルギー等、その他研修所に配慮を要する事項等がある場合に必要事項を記載してください。)		
研修担当課	所在地		部署名
	〒		
	(TEL)	内線:	担当者氏名
	(FAX)		(フリガナ)
	(Mailアドレス)※組織アドレスを記入。ない場合は、担当者アドレスでも可能。 研修の受講案内等に使用しますので、必ずご記入ください。		
上記のとおり、研修の受講を申し込みます。			
令和 年 月 日			
任命権者(長、議会の議長又は代表監査委員)の 職・氏名 (公印省略可)			
市町村職員中央研修所学長 宛て			

(注) 管理職特別セミナーに申し込まれる方は、この様式ではなく、研修受講申込書(様式1)により、申し込んでください。  
 なお、この申込書で御提供いただいた個人情報は、今回の研修実施のために使用するとともに、今後の研修の参考にするための統計資料(特定の個人を識別することができない内容のもの)の作成に利用する場合があります。