

市町村アカデミー研修部
FAX 043-276-8484

特別課程受講申込書

研修科目	監査委員特別セミナー		
研修期間	令和 4年 4月 20日から 令和 4年 4月 21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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	役 職 名 等		
	該当するものの□に印(レ点)を付けてください。 【監査委員特別セミナー】 選任区分: <input type="checkbox"/> 識見委員 <input type="checkbox"/> 議員選任委員 役 職: <input type="checkbox"/> 代表監査委員 <input type="checkbox"/> 左記以外の監査委員		
	※ 氏名決定 (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□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、その他研修所に配慮を要望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。			
任命権者(長、議会の議長又は代表監査委員)の 職・氏名		年 月 日	(公印省略可)
市町村職員中央研修所学長 宛て			

(注)

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。