

令和5年度「東京都要約筆記者養成講習会(追加課程)」

# 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。

東京都福祉保健局長 殿

令和5年 月 日

フリガナ		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	*開催地域 ( ) 年度 修了 ・ 修了見込み					
希望コース  希望コースに○をつけ、志望動機を記入してください。	* 手書きコース * パソコンコース <志望動機>					

※ 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、本講習会及び運営業務以外には使用しません。

※ 令和5年7月1日以降、「東京都福祉保健局長」を「東京都福祉局長」に読み替えてください。