

平成29年7月・8月・9月実施 中小企業診断士 実務補習受講申込書



実務補習案内に掲載されている「中小企業診断士実務補習に係る遵守規程」に遵守することに同意のうえ、申込みます。

注：太枠内の記入欄に楷書で記入し、*欄は該当する項目の番号等に○印を付けて下さい。

平成29年5月 日提出

*受講期間		*受講地区					
1. 7月コース	1. 札幌	2. 仙台	3. 東京	4. 名古屋	5. 大阪	6. 広島	7. 福岡
2. 8月コース	3. 東京	4. 名古屋	5. 大阪				
3. 9月コース	1. 札幌	2. 仙台	3. 東京	4. 名古屋	5. 大阪	6. 広島	7. 福岡
第1次試験 合格年度	昭和 平成	年度	第2次試験	合格年月日 平成 年 月 日	受験番号		
すでに実務補習の5日間コースを受講済みの方は記入して下さい。			1回目を平成 年 月に 受講済み	受講番号			
			2回目を平成 年 月に 受講済み	受講番号			
フリガナ				生 年 月 日	*性別		
氏 名				昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)	1. 男 2. 女		
自宅住所	〒 _____		都道府県	区郡市			
	電 話	()	ファクシミリ	()			
	携帯電話	()					
	E-mail	(携帯メールは不可)					
勤務先	名 称			部署・ 役職名	電 話 ()		
	業種名			主要取扱(商)品 ・サービス内容			
最終学歴	(最終学校名・学部等を記入)			昭和 平成	年	卒業・単位取得 中退・在学中	
*取得資格等名	1. 公認会計士 2. 税理士 3. 技術士 (部門) 4. 情報処理技術者 (種別) 5. その他 ()						
*連絡先	1. 自宅 2. 勤務先 3. 携帯電話 4. いずれも可						
自宅または宿泊先の最寄駅	線 駅						

受講番号	
受付日	

送金明細書等のコピー貼付欄
(インターネットバンキングを利用の際は、
印刷した物を別添でも可。)

一般社団法人 中小企業診断協会

*この受講申込書でご提供いただいた個人情報は、実務補習ならびに当協会活動のご案内の目的以外に使用いたしません。
また、財務分析において「中小企業経営診断システム (McSS)」を利用する可能性があるため、「CRD ビジネスサポート株式会社」に貴殿の氏名とメールアドレスを提供させていただきます。