

FAXでのお申込みは矢印の方向に
令和5年度 受講申込書

研修名 及び時期	受講申込開始日まではお申込みできません。申込開始日はホームページをご確認ください。 トップマネジメントセミナー 令和 5 年 10 月 2 日 (月) ~ 令和 5 年 10 月 3 日 (火)				
受講する日程 (研修所宿泊 の有無)	い ず れ か に ○	() ① 全日程 → 宿泊する() 宿泊しない() () ② 10月2日(月)のみ(宿泊なし) () ③ 10月3日(火)のみ(宿泊なし) ※全日程受講される場合のみ、研修所の宿泊施設をご利用いただけます。			
市区町村 コード番号					※全国市町村要覧に記載のコードを6桁で記入してください。 (例: 12345-6の場合、123456と記入)
団体名	都道府県			市区町村 組合	
所在地 (※議員の場合 議会事務局 担当課)	〒 —			担当課名	
				担当者名	
				電話番号	
				FAX番号	
				e-mail アドレス	
研修期間及びその前 後の休日・夜間の 緊急連絡先	所属電話番号(議員の場 合は議会事務局)	※休日・夜間に連絡がつく電話番号(所属長等)を記入			
	受講者電話番号	※所属の電話番号から伝達可能な場合は「同上」と記入			
	メールアドレス	※所属あるいは本人に連絡がつくアドレスのどちらかを記入			
受講者	役職名				(議員の方: いずれかに○をつけてください) 議長 ・ 副議長 ・ 議員
	ふりがな				
	氏名				
	年齢 (研修開始日現在)	歳	性別	男 ・ 女	
	現在の役職での通算経過年月数(研修開始日現在) (議員の方は議員通算経過年数)				年 月 日
	研修の受講や寮生活で身体的配慮等が必要な方はご記入ください。				
上記のとおり、研修の受講を申し込みます。 令和 年 月 日 市町村長 職氏名 市区町村議会議員 全国市町村国際文化研修所学長 あて 公印省略可					

議員の方はこの申込書を、議会事務局を通じてお申し込みください。
この申込書でご提供いただきました個人情報は、今回の研修実施のために使用します。
なお、個人情報を集計して個人を特定できない統計資料を作成するために利用する場合があります。