

人材紹介コンサルタント資格講座 受講・受験申込書

申込日：平成 年 月 日

フリガナ 受講者名		紹介事業経験年数 年 月 その他の経験 ()を 年 月
連絡先 (住所等は いずれか または両方 にご記入く ださい。)	連絡先 (いずれか) : <input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅 勤務先名 : <input type="checkbox"/> 人材協会員 / <input type="checkbox"/> 人材協非会員 住 所 : TEL 番号 : e-mail : 自宅住所 : TEL 番号 : e-mail :	
申込区分	区 分 : <input type="checkbox"/> 講座および試験 <input type="checkbox"/> 資格試験のみ (再受験の方)	
氏名公示の 承諾	資格認定を受けた場合は <input type="checkbox"/> 氏名・社名の公開を承諾いたします。(社名公開は、人材協会員企業の場合のみ) <input type="checkbox"/> 氏名のみを公開を承諾いたします。 <input type="checkbox"/> 氏名・社名とも非公開としてください。 氏名 印	
請 求 先	<input type="checkbox"/> 会社名義(会社の場合、事業責任者のご承認を戴きます) 事業責任者 印 <input type="checkbox"/> 個人名義(ご請求先住所が上記ご自宅の場合は記入省略可)	

印は該当箇所にをつけてください。

FAX 送信先 : 03-5408-5420 (人材協事務局)