

(送信票不要:そのままFAXして下さい)

2012年度事務職員能力認定制度に基づく研修会に参加を申し込みます

【申込日】2012年 月 日

ふりがな			生年月日(西暦)
受講者氏名			年 月 日
自宅住所	〒 -		
勤務先法律事務所名			
勤務先法律事務所住所	〒 -		
振込用紙 テキスト送付先	自宅	・ 勤務先	※どちらかを選択してください。
連絡先電話番号	()	-	事務所・自宅・携帯
所属弁護士会	※雇用弁護士の所属弁護士会を記入してください。		
受講回数	<input type="checkbox"/> 全8回を受講		
	<input type="checkbox"/> 1回ごとの受講 (受講を希望する回に○をつけてください。) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8		
受講方法	<input type="checkbox"/> 中央研修会(東京) <input type="checkbox"/> 所属弁護士会 <input type="checkbox"/> DVD個人研修で受講		
	※中央研修会,所属弁護士会での研修及びDVD個人研修のうち,受講する可能性がある方法には 全てにチェックをしてください(その都度、都合の良い方法で受講いただけます)。		
DVD購入希望	<input type="checkbox"/> 全8セット購入		
	<input type="checkbox"/> 希望回のみ購入 (購入希望の回に○をつけてください。) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8		
法律事務所勤務歴	年 月 日 ~ 年 月 日 () 勤務		
	年 月 日 ~ 年 月 日 () 勤務		
	上記証明します。		[雇用弁護士] 職印

*雇用弁護士の証明がない場合は、法律事務所に通算して2年以上勤務することを証明できる書類
(例: 弁護士会の身分証明書, 源泉徴収票, 社会保険加入届書等)のうち, 何があるか以下(枠内)に記入してください。
写しの提出を求める場合があります。

--

【申込先FAX番号】 03-3262-2530 有限会社 晃和 (日弁連委託業者)

※このままFAXで送信してください。<2012年11月30日(金)必着>

※第1回(10/20)からの受講をご希望される方はお早めにお申し込み下さい。

※提供していただいた個人情報は, 当連合会のプライバシーポリシーに従い厳重に管理し, 本研修会及び認定試験に関する連絡以外には使用しません。

【研修会及び試験内容に関するお問合せ先】 日弁連業務第一課 TEL 03-3580-9818

【お申込み内容の確認・キャンセル等のお問合せ先】 有限会社 晃和 TEL 03-5213-7055

日弁連記入欄

-
