中央研修会・弁護士会研修

（送信票不要：そのままFAXしてください）

※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，本研修会の運営に必要な範囲内における研修会場となる弁護士会への送付提供，並びに，本研修会及び認定制度に関する連絡以外には使用しません。

※個人情報保護に関する上記記載を確認いただき，同意をした上で記入，お申し込みください。

2017年度事務職員能力認定制度に基づく研修会（中央研修会・弁護士会研修会）の受講を申し込みます。

*は必須項目です。　　【*申込日】2017年　　月　　日

*ふりがな		*生年月日（西暦）
*受講者氏名		年　　月　　日
*請求書・資料等送付先	自宅　・　勤務先　☆どちらかを選択してください。	
*勤務先法律事務所名		
*勤務先法律事務所住所	〒　　－	
自宅住所	〒　　－ ☆振込用紙・資料等送付先に指定していない場合は任意記入です。	
*連絡先電話番号	（　　）　　―　　事務所 ・ 自宅 ・ 携帯 ☆平日の日中に連絡のとれる番号としてください。	
*メールアドレス	＠ ☆申込み内容の確認時に電話連絡がつかない場合に使用することがあります。	
*所属弁護士会	弁護士会　☆雇用弁護士の所属弁護士会	
*受講会場	□ 中央研修会　□ 所属弁護士会（支部名　　） ☆いずれかをお選びください。	
*受講科目（希望するものにチェックをしてください。）	□ ①[基本]民事訴訟と事務職員の役割　□ ④[基本]債務整理総論，破産ならびに個人再生手続の概要 □ ②[基本]民事執行総論，債権執行　□ ⑤[応用]破産管財 □ ③[応用]不動産競売，その他の民事執行　□ ⑥[応用]民事訴訟の構造，弁護士倫理と事務職員倫理 □ ①～⑥セット	
*研修受講資格（いずれかにチェックの上，署名・押印をお願いします。）	□ 法律事務所に勤務している。 □ 公務所又は企業その他の団体において弁護士の事務を補助している。 **上記証明します。** [登録番号]　[弁護士]　職印	

●弁護士の証明がない場合は，研修受講資格を証明できる書類
（例：弁護士会の身分証明書,源泉徴収票,健康保険被保険者証等）のうち,何があるか以下（枠内）に記入してください。追って，写しの提出を求める場合があります。なお，提出いただく際には，マイナンバーの記載がございます場合はマスキングの上提出をお願いいたします。

【申込先FAX番号】 03-3580-9888　日弁連業務第一課

※このままFAXで送信してください。＜2017年11月30日（木）必着＞
※第1回からの受講を希望される方はお早めにお申し込みください。

【お問合せ先】 日弁連業務第一課　TEL　03-3580-9332

日弁連記入欄　　－