

※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。

2018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】2018年 月 日

*ふりがな		*生年月日(西暦)
*受講者氏名		年 月 日
*送付先 (連絡が必要となった場合)	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	〒 - ☆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	<input type="checkbox"/> 中央研修会 <input type="checkbox"/> 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してください。)	<input type="checkbox"/> ①[基本]民事保全手続 <input type="checkbox"/> ④[応用]成年後見 <input type="checkbox"/> ②[基本]家事手続, 人事訴訟 <input type="checkbox"/> ⑤[応用]登記 <input type="checkbox"/> ③[基本]相続 <input type="checkbox"/> ⑥[応用]供託・担保取消 <hr/> <input type="checkbox"/> 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。)	<input type="checkbox"/> 法律事務所に勤務している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 会員 上記のとおりです。 [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、写しの提出を求められる場合があります。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した場合はマスキングの上提出をお願いいたします。

*個人情報の第三者提供について 同意する

【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。＜2018年11月30日(金)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