

平成 29 年度 中堅教員研修会 受講申

平成 年 月 日<申込期限：7月14日(金)>

都道府県名 _____ 学校名 _____

ふりがな
受講申込者 氏 名 _____

部署・役職名 _____

性別： _____ / 年齢： _____ 歳 / 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

専修学校教員勤続年数： _____ 年 _____ 月 企業・施設等での実務経験年数： _____ 年 _____ 月
※勤続年数は「常勤・非常勤」又は「専任・兼任」の期間の通算をご記入下さい。 ※実務経験年数は教員採用後の短期的な実務研修期間も合算してご記入下さい。

e-mail _____ @ _____ TEL _____ — _____

受講料 該当されるものについて、□にチェックをお付けください。

受講科目	T C E財団都道府県支部の会員校	左記以外	懇親会
リスクマネジメント	<input type="checkbox"/> 7/24 9,000円	<input type="checkbox"/> 18,000円	
新任指導力	<input type="checkbox"/> 8/1~2 13,500円	<input type="checkbox"/> 27,000円	<input type="checkbox"/> 3,000円
教育・指導力向上	<input type="checkbox"/> 8/24~25 13,500円	<input type="checkbox"/> 27,000円	<input type="checkbox"/> 3,000円
学校の経営	<input type="checkbox"/> 8/30~31 13,500円	<input type="checkbox"/> 27,000円	<input type="checkbox"/> 3,000円
教員のキャリアデザイン ワークショップ	<input type="checkbox"/> 9/27~29 35,000円	<input type="checkbox"/> 65,000円	(受講料に含まれます。)

※受講料はお申込みの学校名にてお振込ください。法人名にてお振込の場合は、下記に法人名をご記入ください。
 (学校法人名： _____)

振込予定日 平成 年 月 日

ご利用銀行 _____ 銀行 _____ 本・支店より
 (振込手数料は貴校にてご負担ください)

※ご提供いただいた個人情報は、研修開催前後の事務連絡、研修時のグループ分けの為に利用させていただきます。
 ※講師・受講者・事務局・オブザーバーに配布する「受講者名簿」に都道府県名・氏名・学校名のみ掲載させていただきますので、ご了承ください。

【お申込先】(送付状は不要です。本紙のみお送りください。)
 一般財団法人 職業教育・キャリア教育財団 事務局 総務課

FAX : 03 (3230) 2688

※ 申込書はホームページからもダウンロードできます。
 ※ 複数名のお申し込みをされる場合にはコピーしてお使いください。