

『実験・開発技術者育成のためのカリキュラムに関する説明会』

●参加者プロフィール

法人名：

学校名：

所在地：〒

参加者氏名：

参加者役職：

連絡先電話番号：

FAX：

Eメール：

●個人情報保護に関する同意について

(以下の内容にご同意の上お申込みください。お申込みをもって、ご同意いただいたものと判断させていただきます。)

1. 講師と受講者に配布する受講者名簿に氏名・学校名を掲載することに同意します。
2. 受講者名簿は、「受講者相互の交流と、受講後の資質向上にむけて情報交換を促す」ことを目的に配布されることを理解し、知り得た個人情報を第三者に提供しません。

●説明会の資料となりますので、以下のアンケートに必ずお答えください。

教育歴（教育に携わってからのご経歴をなるべく詳しくお書きください）

この研修会に参加した動機は？（当てはまる方に○印をお付けください）

- ・ 自分から受講を希望した。
- ・ 上司または管理者から薦められて。

この説明会で何を学び取りたいですか？

ご協力ありがとうございました。

●お申し込み／お問い合わせ先

〒164-0003 東京都中野区東中野1-57-8 辻沢ビル3F

電話：03-5332-5081 FAX：03-5332-5083

担当：渡邊