

受付日 年 月 日

10年伴走キャリアプログラム入会申込み書

下記の通り10年伴走キャリアプログラムの入会を希望します。

必要事項を楷書で記入してください。

本人写真貼付 (証明用写真) 3ヶ月以内に 撮影の証明写真 縦3.5cm 横3cm	申込み日 年 月 日		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	西暦 年 月 日(満 歳)	
フリガナ			
現住所	〒		
電話番号	市外局番 () -	携帯電話番号	() -
メールアドレス(PC)	@		
メールアドレス(携帯)	@		
卒業年月日	西暦 年 月 日		
現在の就業先	フリガナ	業種	
	企業名	職種	
	入社日	西暦 年 月 日(勤続 年 月)	
キャリアプログラム受講の目的			

【 注意事項 】

- ・氏名、住所、電話番号、メールアドレスに変更があった場合には速やかに知らせてください。
- ・後日、初回のキャリアコンサルティング日時を案内するために後日連絡をします。

【 個人情報の利用目的 】

取得した個人特定情報は、10年伴走キャリアプログラムのサービス提供に関連すること以外の目的では使用しません。

【 申し込み先 】

学校法人創造社学園 創造社デザイン専門学校 学校本部 松村・木村
 TEL : 06-6459-6221
 FAX : 06-6459-6222
 Mail : kyoumu@sozosha.ac.jp

※本校記入欄

受付者	登録番号	初回キャリアコン	備考
		/ () : ~	先生