

提出日 平成 年 月 日

受付番号

受講申込書

(通信教育)

デジタル・アーキビスト養成機関

特定非営利活動法人 日本アーカイブ協会

理事長 浅野 孝明 殿

写真添付欄

注意

1. 上半身脱帽
2. 3ヶ月以内に撮影のもの
3. デジタル写真可

通信制 デジタル・アーキビスト資格取得講座 () 年度 第 () 期の受講を申し込みます。

フリガナ 氏 名	性別		生年月日	
			昭和 年 月 日生	平成 年 月 日生
現住所	〒 —			
電話(自宅, 携帯)	FAX			
E-mail				
デジタル・アーキビスト関連資格	準デジタル・アーキビスト資格 (有 無)		デジタル・アーカイブコーディネータ資格 (有 無)	
出身大学等の名称及び学部・学科等 (在学中の方も含みます) ※			年 月 卒業 修了 卒業見込み	
職歴(現在のものを記入して下さい) ※	勤務先		勤務先電話番号 (内線)	
	勤務先所在地	〒		
選択科目免除に関する資格(選択科目免除要件の資料になります。) ※	年 月 取得	資格		
	年 月 取得	資格		
教材等の送付先	自宅 勤務先		(○を付けてください)	

※印の欄は選択科目の免除申請の資料とさせていただきますので、免除申請に必要な欄は必ずご記入ください。後日免除申請をお願いします。

住所・氏名等の情報はデジタル・アーキビスト資格認定試験の受験資格の確認、通信教育での本人確認・通信連絡及び今後のデジタル・アーキビスト関連資料の送付に使用させていただきます。