社会的企業育成支援事業
社会的企業人材創出・インターンシップ事業（育成事業）

東京地区 第4期研修申込書
(平成23年4月16日～6月11日)

写真
貼付けるか、添付し
てください。
(裏面に氏名明記)

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	
氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	
現住所	(〒 -) 都道府県			
	電話	- -	携帯電話	- -
	電子メール			
連絡先	連絡者名 (関係:)	電話	- -	
現在の職業 について	☐ 会社員 ☐ 公務員 ☐ 団体職員 ☐ パート・アルバイト ☐ 経営者(株式会社 NPO 法人 個人事業主) ☐ 主婦 ☐ 学生 ☐ 無職 ☐ その他 ()			
起業予定 /時期	☐ 起業予定 ☐ 就職したい ☐ その他 () ※関心がある分野があればお書きください。()			
受講時間	☐ 日中コース 13:00～16:15 (一部:10:30～) ☐ 夜間コース 18:30～21:45 (一部:10:30～) ※実地訓練期間中は原則として10:00～18:00とします。			
起業テーマ	☐ 介護・高齢者福祉関連 ☐ 障害者自立支援関連 ☐ 脆弱階層に対する生活支援・生活保護関連 ☐ 子ども・子育て支援関連 ☐ 農業ビジネス・農業振興関連 ☐ 環境ビジネス・環境関連 ☐ 若者自立支援・就労関連 ☐ 起業支援・産業振興関連 ☐ 商店街再生・まちづくり関連 ☐ その他(情報・メディア、教育、スポーツ振興関連サービスなど)			
活動支援金	☐ 希望する ☐ 希望しない			
連携・推薦 団体(注)	☐ あり ⇒	団体名:		
	☐ なし			

※オンライン研修のみを希望される方はチェックしてください。 → オンライン研修のみ希望

※記載された個人情報、当事業の募集・管理以外の目的では使用致しません。

(注) 連携・推薦団体については、実施要綱にて確認願います。

■受講を希望する理由・動機について

本事業を通じて学びたいこと、受講を希望する理由・動機についてお書きください。

<hr/>

■これまでの経歴・社会的企業との関わりについてお書きください。

<hr/>

■社会起業プランの有無について [有・無] ←いずれかに○印をお書きください。

すでに社会起業プランがある方は、その概要を簡単にお書きください。資料があれば添付いただいても結構です。

<hr/>