

研 修 申 込 書

私は、備前焼技術者研修の研修生として1年コースの入所を希望します。

年 月 日

受付番号		写 真 貼 付		
ふりがな				性別
氏 名				※1 男・女
生年月日	※ 昭和・平成 年 月 日生	満 歳	撮影 年 月 日	
ふりがな				
現 住 所	〒			
	(携帯TEL) — — (自宅TEL) — —			
	メールアドレス			
ふりがな				
※2 連 絡 先	〒 (TEL) — —			
学 歴 <small>* 高等学校からご記入をお願いします。</small>	(学校名・学部・専攻等を記入) ※1			
	年 月 卒業(修了)・卒業(修了)見込・中退			
	年 月 卒業(修了)・卒業(修了)見込・中退			
職 歴	(勤務期間) (勤務先の名称)			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			

※1 ○でかこむ

※2 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入

保証人承諾書

研修希望者氏名

私は、上記入所希望者の貴センターにおける研修期間内の保証人として、
下記事項への対処及び貴センターの定める研修規則を遵守しなかったときは、
すべての責任を連帯いたします。

1. 不慮の事故、病気等に関すること
2. その他日常生活に関すること

年 月 日

岡山県備前焼陶友会 備前陶芸センター所長 木村宏造 殿

(保証人)

氏 名

㊟

本人との続柄

住 所

電 話

健康診断書

住 所				
ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
氏 名				(満 歳)

身 長		cm	胸部X線	撮影日	年 月 日
体 重		kg		撮影:	間接 直接 (該当を○で囲む)
視 力	左 ・ (・) 右 ・ (・)		検 尿	糖 蛋白 ウロビリノーゲン () () ()	
聴 力 <small>(オージオメータ ーは使用しない)</small>	左 右		血 圧	最高	mmHg
				最低	mmHg
言 語			その他の 疾病異常		
運動機能			既往症		
胸 部 (聴打診)			総合所見 (研修受講 の可否)		

上記のとおり診断します。

年 月 日

診断機関・医療機関の

所 在 地

名 称

医 師 印

出願理由書

ふりがな

氏 名

※下記の欄全て記載し申込書と一緒に提出してください。

○備前陶芸センター入所の志望動機を具体的に記載してください。

○当センターの研修修了後、どのようなビジョンをお考えですか。

○研修を受講するにあたり、特にどのようなことを習得したいですか。

○当センターの研修生募集に出願したきっかけを教えてください。(複数回答可)

家族、知人の紹介

陶芸・窯業関係の知人の紹介

新聞・ラジオ・TVなど

広告 ()

当センターのホームページ

当センターの facebook

当センター以外の web サイト

その他 ()