**令和５年度愛媛大学地域創生イノベーター育成プログラム（東予）**

**受講申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| プログラム名 | 愛媛大学　地域創生イノベーター  育成プログラム（東予） | | 受付番号 | | ※事務局で記入します |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 西暦  　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 性　　別 | |  |
| 自宅住所　〒 - | | | | | |
| 電話番号 | （　　　）　　　－ | 携帯番号 | | （　　　）　　　－ | |
| 勤務先 |  | ※ e-mail | |  | |
| 職　　　歴 | | | | | |
| 年・月 | 勤務先・部署名・役職・実績等 | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 学　　　歴　　(高等学校卒業以降を書いてください。) | | | | | |
| 年・月 | 学校名・課程名等 | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 【受講希望理由】  【希望する受講方法に〇を付けてください】　**対面 ・ オンライン（同期型）**  注）会場の収容人数に限りがあるため、ご希望に添えないこともありますので、あらかじめご了承ください。  原則として、1月20日（土）及び2月17日（土）は全員、対面受講をお願いいたします。 | | | | | |

**※ 携帯電話のキャリアメールアドレス以外のメールアドレスの記載をお願いします。**