

プロナース認定研修 受講申込書

私はプロナース認定研修を受講を申し込みいたします。研修受講に当たっては有限責任事業組合マンション管理士プロフェッショナルパートナーズ(以下、「LLP」という。)の定めるルールを遵守いたします。また、プロナース認定を受けた後においては、LLPの定めるプロナース認定会員に関わる諸規定を遵守いたします。

<注1>プロナース認定研修受講者、認定マンション管理士への連絡は原則、電子メールで行います。必ず、添付ファイルが受信可能な電子メールアドレスを記入してください。

<注2>マンション管理士登録申請中の場合は「申請中」、事務所名が未定の場合は「未定」に○を記入してください。

<注3>住所が東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県以外の方は、別紙「東京、神奈川、千葉、埼玉以外の地域からプロナース認定研修の受講を検討されている皆様へ」を精読し内容をご了解いただいているものとみなします。

記入	項目		
必須	記入日	平成 年 月 日	
必須	ふりがな		
必須	氏名		⑩
必須	マンション管理士登録番号	第 号	申請中
必須	事務所名		未定
必須	郵便番号		
必須	住所		
必須	電話番号 (固定電話)		
必須	FAX番号		
任意	携帯電話		
必須	メールアドレス		
任意	URL		
任意	その他 取得資格		
必須	希望面談日程 (可能なところ全てに○)	平日昼間 ・ 平日夜間 ・ 土日昼間 ・ 土日夜間 ・ その他()	
—	受講期	平成26年度(4月)	
任意	特記事項		

事務局記入欄	受付日	平成 年 月 日	面接日	平成 年 月 日
--------	-----	----------	-----	----------