年　　月　　日

独立行政法人情報処理推進機構

理事長　殿

**受講申込書**

**（令和7年度　実務者向けプログラム　ERABサイバーセキュリティトレーニング）**

以下の情報は、本プログラムに関する事務連絡責任者の方がご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 組織名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| ご記入者情報 | （フリガナ）ご記入者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 資料等送付先住所 |  |

以下、受講者に関する情報記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者人数 |  | 人（※複数人の場合は、2頁もご使用ください） |

■1人目

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）受講者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講証明書への所属組織名記載 | 希望する　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しない |

■2人目

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）受講者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講証明書への所属組織名記載 | 希望する　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しない |

■3人目

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）受講者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講証明書への所属組織名記載 | 希望する　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しない |

■4人目

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）受講者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講証明書への所属組織名記載 | 希望する　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しない |

■5人目

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）受講者氏名 |  |
|  |
| 所属 |  | 役職 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講証明書への所属組織名記載 | 希望する　　　　　　　　　　　　　　　　　希望しない |

* 個人情報の取り扱いについて

　弊機構は、本プログラムの申込のためにご提出頂いた個人情報の適切な管理に努めております。ご提供頂いた個人情報は、本プログラムを提供するために必要な範囲（事務処理および講師への当日受講者リストの配布等）で利用させて頂きます。個人情報保護についての詳細は下記のページをご参照ください。

<https://www.ipa.go.jp/privacy/index.html>