提出日　平成　　年　　月　　日

デジタル・アーキビスト資格所有者のための

上級デジタル・アーキビスト資格講座
受　講　申　込　書

開　　催	平成　　年度　第（　　）回　開催講座	
フリガナ 氏　　名		生 年 月 日
		西暦 年　　月　　日生
住　　所	〒　　－	
	電話	
E-mail		
勤　務　先		
所　在　地	〒　　－	
DA 資格	デジタル・アーキビスト資格取得時期（平成　　年　　月　　日） 受講講座名または養成機関名（　　） 資格番号（　B　　）	
※デジタルアーキビスト資格を取得後 5 年経過し、デジタルアーカイブ関連業務に従事している者		
DA 関連業務 経験年数	職　務　経　歴	業　務　内　容
年～　年 年間		
連絡・備考欄		

住所・氏名及びデジタル・アーキビストに関連のありそうな上記の情報はデジタル・アーキビスト資格認定試験の受験資格の可否の判定資料及び講座に関する通信連絡、今後のデジタル・アーキビスト関連資料の送付に使用させていただきます。