

能力開発セミナー受講申込書

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
職業能力開発施設長 殿

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認の上、申し込みます。

| | | |
|-------------------------|---|---|
| 申込先 ※いずれかの 該当施設に☑ | <input type="checkbox"/> ① 青森職業能力開発促進センター FAX 017-777-1187 (コースNo.の最初が1のコース) | <input type="checkbox"/> ② 東北能開大青森校 FAX 0173-37-3203 (コースNo.の最初が2のコース) |
| コース番号 | コース名 | |
| 日程 | / ~ / | 受講料 円 × 人 |
| 受講区分 ※該当に○ | A. 会社からの指示による受講(※) B. 個人での自己受講 | |
| (フリガナ) 会社名 | TEL FAX | |
| 住所 | 〒 | |
| 従業員数 ※該当に○ | A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上 | |
| 業種 ※該当に○ | A. 製造業 B. 建設業 C. サービス業 D. 卸売・小売業 E. その他() | |
| 申込担当者 | 氏名 部署 | 連絡先 |
| 団体名 (※) | (※)会社が属している団体の名前を記入してください。(例:〇〇工業会、〇〇協同組合) | |

| 受講者氏名 (フリガナも併せてご記入ください) | | 就業状況 | 訓練に関連する経験・技能等(※) |
|----------------------------|----------|---------------------------------|---|
| (フリガナ) 氏名 | 男・女 | 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) | (※)今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は、差し支えない範囲でご記入ください。 (例:雇用太郎 切削加工の作業に約5年間従事) |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| (フリガナ) 氏名 | 男・女 | 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| (フリガナ) 氏名 | 男・女 | 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| (フリガナ) 氏名 | 男・女 | 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |

| | |
|------------------|----------------------------------|
| 受講票・受講料の請求書等の送付先 | A. 会社あて B. 個人あて(上記受講者住所にご記入ください) |
|------------------|----------------------------------|

◆訓練内容等のご不明な点、あるいは安全面・健康上においてご不安な点などございましたら、あらかじめご相談下さい。
◆独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第59号)を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。ご記入いただいた個人情報は能力開発セミナーの受講に関する事務処理(連絡、修了証書の交付、修了台帳の整備)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内に利用させていただきます。

※事務処理欄

| 担当施設 | 担当者 | 申込受信日 | 受信連絡日 | 書類送付日 | 受講料受領日 |
|------|-----|-------|-------|-------|--------|
| | | | | | |

※受講者変更

| 受信日 | 受信連絡日 | 書類送付日 |
|-----|-------|-------|
| | | |

※キャンセル

| 受信日 | 受信連絡日 | 返金日 | 返金連絡日 |
|-----|-------|-----|-------|
| | | | |