

能力開発セミナー受講申込書

コピーして
ご利用ください

平成 年 月 日

コースNo.		実施期間		受講料	円×	人
コース名						
(フリガナ) 会社名				TEL	-	-
				FAX	-	-
団体名	※会社が所属している団体の名称を記入して下さい					
所在地	〒 -					
会社規模 ※該当に○印	A.1~29人	B.30~99人	C.100~299人	D.300~499人	E.500~999人	F.1,000人以上
業種 ※該当に○印	A.製造業 B.建設業 C.サービス業 D.卸売・小売業 E.その他()					
受講区分 ※該当に○印	1. 会社からの指示 による受講			受講者が所属する会社の代表の方(事業主、工場長等) に、アンケート調査のご協力をお願いしております。		2. 個人での受講
申込担当者 会社指示の場合	部署名	氏名	TEL	E-mail		

請求書等の送付先に○印をお付け下さい (セミナー開講の2週間前頃にお送りします)	1. 会社あて	2. 個人あて	(受講者住所欄に ご記入下さい)
---	---------	---------	---------------------

受講者氏名		●受講するコース内容に関連する経験・技能等についてお聞かせください			
(フリガナ) 氏名	男・女	セミナーを進める上での参考とさせていただくため、差し支えない範囲でご記入ください (例：切削加工の作業に5年間従事)			
生年月日	西暦	年	月	日	
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	
緊急連絡先	住所	FAX	-	-	
(フリガナ) 氏名	男・女	(例：切削加工の作業に5年間従事)			
生年月日	西暦	年	月	日	
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	
緊急連絡先	住所	FAX	-	-	
TEL	-	-	-	-	
(フリガナ) 氏名	男・女	(例：切削加工の作業に5年間従事)			
生年月日	西暦	年	月	日	
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	
緊急連絡先	住所	FAX	-	-	
TEL	-	-	-	-	

※セミナー開講2週間前の時点で定員の5割に満たない場合は、コースを中止または日程変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。その場合は、別途ご連絡いたします。

※申込後の取消は、セミナー開講の14日前までにご連絡下さい。それ以降の取消や連絡がない場合は、受講料を負担していただきます。

※緊急事態(地震等)が発生した場合のため、緊急連絡先の住所・電話番号のご記入をお願いします。

※受講料は、税込みです。

※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、あらかじめご相談ください。

当機構は「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。

お問い合わせ・お申込み先(お申込みは、FAXあるいは郵送にてお願いします)

九州職業能力開発大学校 援助計画課

〒802-0985 北九州市小倉南区志井1665-1 TEL. 093-963-8352 FAX. 093-963-8387

*機構処理欄

受付		システム		備考
----	--	------	--	----