

※機構処理欄

受付日:

担当者:

生産性向上支援訓練の利用に係る確認書

平成 年 月 日

1 事業所等情報

事業所等名					
所在地					
担当者氏名			所属・役職等		
E-Mail			TEL	FAX	

2 希望する訓練内容

訓練分野	コース名		候補①		
			候補②		
			候補③		
訓練時間	時間	受講予定者数・主な階層	人	層	
実施時期	1日目		曜日	時間	
	2日目		曜日	時間	
	3日目		曜日	時間	
	4日目		曜日	時間	
	5日目		曜日	時間	
	6日目		曜日	時間	
受講料	一人あたり	円(税込)	総額	円(税込)	
訓練実施場所					
所在地					
使用機器等					
実施機関の条件等					
特記事項					

3 注意事項

- 希望する訓練内容によっては、訓練コースの設定に相当な時間を要する、又は訓練が実施できない場合があります。
- 実際の受講申込者数が上記よりも少なくなった場合、講師や日程の再調整又は訓練が実施できない場合があります。
- 訓練の利用が困難となった、又は記載内容に変更が生じた場合には、速やかに当センターにご連絡をお願いします。

当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

- 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、生産性向上支援訓練の実施に関する事務処理(訓練実施機関への提供、本訓練に関する各種連絡)に利用させていただきます。

● 記載内容の確認

本確認書に記載されている内容で生産性向上支援訓練を利用することを希望します。

担当者氏名

※署名又は記名押印(社印又は本人印)してください。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
岐阜支部 岐阜職業能力開発促進センター