

# 2019年度 能力開発セミナー

FAX番号

027-347-6668

電話番号 027-347-3905

受講申込書

受講変更届

キャンセル届

該当に  チェックを入れて下さい。

令和 年 月 日

群馬職業能力開発促進センター 所長 殿

以下のとおり、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認の上、申込みます。

コース番号	コース名	開始日	ふりがな 受講者氏名	西暦 生年月日	センター処理欄
		/		年	
		~		月 日	
訓練に関する経験・技能等※1		就業状況※2 正社員 非正規雇用 その他(自営業等)			
コース番号	コース名	開始日	ふりがな 受講者氏名	西暦 生年月日	センター処理欄
		/		年	
		~		月 日	
訓練に関する経験・技能等※1		就業状況※2 正社員 非正規雇用 その他(自営業等)			
コース番号	コース名	開始日	ふりがな 受講者氏名	西暦 生年月日	センター処理欄
		/		年	
		~		月 日	
訓練に関する経験・技能等※1		就業状況※2 正社員 非正規雇用 その他(自営業等)			

※1 訓練を進める上での参考とさせていただくため、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:切削加工の作業に約5年間従事、M22を受講済み)

※2 該当に○をお付け下さい。非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、貴社の判断で差し支えありません。

(注) 訓練内容等のご不明な点、安全面・健康上においてご不安な点などがございましたら、あらかじめご相談ください。

## ◎会社からお申込みの場合

所在地:	〒				
ふりがな					
会社名:				代表 TEL:	( ) -
従業員数:	A. 1~29	B. 30~99	C. 100~299	会社区分:	機械系の企業 電気・電子系の企業 情報系の企業 ビジネス系の企業 デザイン系の企業 その他
	D. 300~499	E. 500~999	F. 1,000人以上		
担当者連絡先:	氏名:				所属部課役職:
TEL:	( )	-			FAX:
					( ) -

## ◎個人でお申込みの場合

連絡先:	住所:	〒			
TEL:	( )	-			FAX:
					( ) -
平日昼間に連絡可能な番号をご記入ください					

**ご注意** ※キャンセルは開講日の「2週間前(2週間前が土日祝日の場合はその前の平日)まで」可能です。その後のキャンセルは、受講料を全額お支払いいただきます。申込みコースをキャンセルする場合は、電話連絡のうえFAXにてお送りください。その他、予約内容に変更が生じた場合は、お早めにご連絡ください。

## 保有個人情報保護について

○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、アンケートの送付)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。会社を通じてお申込みをされた場合、申込担当者様あてに送付いたします。

センター処理欄	1	2	3	4
---------	---	---	---	---