

## 能力開発セミナー受講申込書

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構岩手支部  
岩手職業能力開発促進センター 所長 殿

能力開発セミナーについて、訓練内容を確認の上、下記のとおり申し込みます。

## ●受講申込コース(同じ項目は「同上」「〃」を記入してください)

| コース番号 | コース名              | 受講料    | 開講日  | ふりがな            | 性別     | 生年月日(西暦)<br><small>修了証書を発行するために必要です</small> | 就業状況                                   | 訓練に関連する<br>経験・技能等 |
|-------|-------------------|--------|------|-----------------|--------|---|--|-------------------|
|       |                   |        |      | 受講者氏名           |        |   |  |                   |
| 3H600 | 冷媒配管の施工と空調機器据付け技術 | 10,000 | 5/23 | いわてたろう<br>岩手 太郎 | 男<br>女 | 1975/10/11                                  | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) | 据付<br>5年目         |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |
|       |                   |        |      |                 | 男<br>女 |   | 1. 正社員<br>2. 非正規雇用<br>3. その他<br>(自営業等) |                   |

## ●記入者情報(個人でのお申し込みの場合、\*印のある欄のみご記入ください。)

|                                |  |  |                                 |  |                   |
|--------------------------------|--|--|---------------------------------|--|-------------------|
| 申込区分                           | <input type="checkbox"/> 会社からの申込   |  | <input type="checkbox"/> 個人での申込 |  | (いずれかにチェックしてください) |
| (ふりがな)                         |  |  |                                 |  |                   |
| 企業名                            |  |  |                                 |  |                   |
| 事業所名                           | ※ 事業所が複数ある場合、所在地の事業所名をご記入ください。   |  |                                 |  |                   |
| 所在地*<br><small>個人の方は住所</small> | 〒  |  |                                 |  |                   |
| 業種                             | <input type="checkbox"/> A.製造業 <input type="checkbox"/> B.建設業 <input type="checkbox"/> C.サービス業 <input type="checkbox"/> D.卸売り・小売業 <input type="checkbox"/> E.その他   |  |                                 |  |                   |
| 従業員数                           | <input type="checkbox"/> A.1~29 <input type="checkbox"/> B.30~99 <input type="checkbox"/> C.100~299 <input type="checkbox"/> D.300~499 <input type="checkbox"/> E.500~999 <input type="checkbox"/> F.1000~ |  |                                 |  |                   |
| 担当者<br>及び<br>連絡先               | ふりがな*  |  | 所属部署<br>役職                      |  |                   |
|                                | 氏名*  |  | FAX*                            |  |                   |
|                                | TEL*   |  |                                 |  |                   |
|                                | E-mail*  |  |                                 |  |                   |

(注) 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。

● 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(各種連絡、修了証書交付、アンケート送付等)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するイベント等のご案内に利用させていただきます。

送信先 FAX番号: 0198-23-5355  
E-mail: iwate-poly01@jeed.or.jp  
※今年度(2019)からメールでの申し込みを開始しました

※当センター記入欄