

# 平成 27 年度 在職者訓練受講申込書

## FAX 06-6383-0961 (FAX の場合)

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 大阪支部

関西職業能力開発促進センター所長 殿

『受講のご案内』（3頁）の内容、訓練内容及び受講要件（ある場合のみ）を確認の上、下記のとおり申込みます。

平成 年 月 日

コース名	コース番号	コース開始日	フリガナ	(西暦) 生 年 月 日	備 考
			氏 名		
		月 日		年 月 日	
		月 日		年 月 日	
		月 日		年 月 日	
		月 日		年 月 日	
		月 日		年 月 日	

- ※1 お申込の際は、必ず在職者訓練ガイド3頁の【受講のご案内】をお読みください。  
 ※2 応募者が少ない場合はコースを中止させていただく場合があります。また、やむを得ず日程を変更する場合がありますので予めご了承ください。  
 ※3 コース開始日14日前(土日・祝祭日含む)を過ぎてからのキャンセルは受講料を全額ご負担いただきます。  
 ※4 納入された受講料を他のコースへ振り替える(流用)ことはできません。  
 ※5 コース内容の詳細は、ホームページをご覧ください。  
 ※6 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備考欄にご記入下さい。(例:切削加工の作業に約5年間従事)

貴社名				ID (センター記入欄)	
貴社所在地	〒				
電話番号等	TEL		FAX		
	メールアドレス	(メールにて新規セミナー・増設セミナーなどの情報をご希望の方はご記入ください)			
担当者名	(担当者名)		(所属部署)		
	(受講可否等の連絡先になりますので、必ずご記入くださいますようお願いいたします)				
企業規模	<input type="checkbox"/> (1~29)	<input type="checkbox"/> (30~99)	<input type="checkbox"/> (100~299)	<input type="checkbox"/> (300~499)	<input type="checkbox"/> (500~999) <input type="checkbox"/> (1000人以上)
業 種			受講区分 (該当に○印)	1. 会社からの指示 による受講(※)	2. 個人で自己受講

※受講区分の「1.会社からの指示による受講」を選択された場合は、受講者が所属する会社の代表者の方(事業主、営業所長、工場長等)にアンケート調査へのご協力をお願いしております。

(注) 訓練内容等のご不明点、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。

### 【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、離職者訓練等の案内に利用させていただきます。受講区分欄の1を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

・今後、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内を希望しますか。

希望する  希望しない

お問い合わせ先

ポリテクセンター関西 事業課

TEL06-6383-0064

〒566-0022

大阪府摂津市三島 1-2-1

E-mail: kansai-poly03@jeed.or.jp