

能力開発セミナー受講申込書

北陸職業能力開発大学校長 殿

令和 年 月 日

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件（ある場合のみ）を確認のうえ、申し込みます。

コース番号	コース名	受講 開始日	受講者氏名 ふりがな 生年月日	就業状況(※1) (該当に○印)	訓練に関連する 経験・技能等(※2)
		/	(男・女) 和暦 S・H 年 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)	
		/	(男・女) 和暦 S・H 年 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)	
		/	(男・女) 和暦 S・H 年 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)	
		/	(男・女) 和暦 S・H 年 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)	
所在地 (個人の方は住所)	〒		TEL		
			FAX		
会社名 (個人の方は氏名)			業種		
申込担当者名 及び連絡先	氏名		所属部課・役職名		
			TEL		
企業規模(該当に○)	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				
受講区分(該当に○)	1. 会社からの指示による受講(※3) 2. 個人での自己受講				

※1 受講者の就業状況について、1 正社員 2 非正規雇用(パート、アルバイト、契約社員等) 3 その他(自営業等)の中から一つ選択してください。なお、2 非正規雇用については、さまざまな呼称があるため貴社の判断で差し支えありません。

※2 訓練を進めるうえでの参考とさせていただきますため、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)

※3 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「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57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。
- ご記入いただいた個人情報について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使用するものであり、それ以外に使用することはありません。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。 希望しない

【送信先 FAX 0765-24-4770】

北陸職業能力開発大学校 地域支援センター

〒937-0856 富山県魚津市川縁1289-1 TEL 0765-24-2204(直通)