

能力開発セミナー受講申込書

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
職業能力開発施設長 殿

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認の上、申し込みます。

申込先 ※いずれかの該当施設に☑	<input type="checkbox"/> ① 青森職業能力開発促進センター FAX 017-777-1187 (コースNo.の最初が1のコース)	<input type="checkbox"/> ② 東北能開大青森校 FAX 0173-37-3203 (コースNo.の最初が2のコース)
コース番号	コース名	
日程	/ ~ /	受講料 円 × 人
受講区分 ※該当に○	A. 会社からの指示による受講(※) B. 個人での自己受講	
(フリガナ) 会社名	(※) 受講された方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、 セミナー終了後にアンケート調査を実施していますので、ご協力をお願いします。	
住所	〒	TEL
		FAX
従業員数 ※該当に○	A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上	
業種 ※該当に○	A. 製造業 B. 建設業 C. サービス業 D. 卸売・小売業 E. その他()	
申込担当者	氏名 部署 連絡先	
団体名 (※)	(※) 会社が属している団体の名前を記入してください。(例: ○○工業会、○○協同組合)	

受講者氏名 (フリガナも併せてご記入ください)		就業状況	訓練に関連する経験・技能等(※)
		(差し支えなければ、該当する項目に○)	(※) 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: 雇用太郎 切削加工の作業に約5年間従事)
(フリガナ) 氏名		男 1. 正社員 2. 非正規雇用	
生年月日	西暦 年 月 日	女 3. その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名		男 1. 正社員 2. 非正規雇用	
生年月日	西暦 年 月 日	女 3. その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名		男 1. 正社員 2. 非正規雇用	
生年月日	西暦 年 月 日	女 3. その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名		男 1. 正社員 2. 非正規雇用	
生年月日	西暦 年 月 日	女 3. その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名		男 1. 正社員 2. 非正規雇用	
生年月日	西暦 年 月 日	女 3. その他(自営業等)	

受講票・受講料の請求書等の送付先	A. 会社あて B. 個人あて(上記受講者住所にご記入ください)
------------------	---

◆ 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、あらかじめご相談下さい。
◆ 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(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利用させていただきます。

※事務処理欄

担当施設	担当者	申込受信日	受信連絡日	書類送付日	受講料受領日

※受講者変更

受信日	受信連絡日	書類送付日

※キャンセル

受信日	受信連絡日	返金日	返金連絡日