

## 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青森支部

青森職業能力開発促進センター所長 殿

青森職業能力開発短期大学校長 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。

申込先	(コースNo.の最初が1のコース)	(コースNo.の最初が2のコース)
	青森職業能力開発促進センター FAX:017-777-1187 E-mail:aomori-poly03@jeed.go.jp	青森職業能力開発短期大学校 FAX:0173-37-3203 E-mail:aomori-collge03@jeed.go.jp

## ●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) 修了証書を発行するために必要です	就業 状況	訓練に関連する 経験・技能等
				受講者氏名				
(例) 1D001	冷媒配管の施工と空調機器 据付け技術	10,000	5/23	あおもり たらう 青森 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1999/1/23	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	据付 2年目
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(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* 個人の方は住所	〒				
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 及び 連絡先	ふりがな*		所属部署 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(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。