

能力開発セミナー受講者変更・取消(キャンセル)届

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、下記のとおり受講者の変更または取消をします。

申込先	(コース番号の最初が1のコース)	(コース番号の最初が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 FAX:0173-37-3203 E-mail:aomori-college03@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)

区分	コース番号	コース名	開講日	変更・取消前 受講者氏名	受講料 振込状況	変更の場合のみご記入ください		
						変更後受講者氏名	性別	生年月日(西暦)
<input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消	(例) 1D001	冷媒配管の施工と空調機器 据付け技術	5/23	あおもり たらう 青森 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日	あおもり じろう 青森 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	1993/12/3
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消					<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

●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	〒			
担当者 及び 連絡先	ふりがな*		所属部署 役職	
	氏名*			
	TEL*		FAX*	
	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。