

(コピーしてご使用ください。)

能力開発セミナー受講申込書

※受講申し込み施設のチェックボックスに✓点を記入し、それぞれの施設へFAXにてお申し込みください。

千葉職業能力開発短期大学校(ポリテクカレッジ千葉)

 千葉キャンパス

FAX:043-248-5072(TEL:043-242-4192)

 成田キャンパス

FAX:0476-22-4347(TEL:0476-22-4351)

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)を確認の上、申し込みます。

※ 太枠内をご記入ください。(個人でお申し込みの方はご自身の郵便番号、ご住所、電話番号等を下記にご記入ください。)

勤務先	ふりがな			業種	
	事業所名 (個人の方は氏名)				
	所在地 (個人の方は住所)	(TEL: - -) (FAX: - -)			
	申込担当者名	部署課名:		氏名:	
	企業規模(該当に○印)	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○印)	1. 会社からの指示による受講(※1)		2. 個人での受講	

※ 受講票、払込取扱票等は、上記申込み担当者様あて(個人の方は申込者様あて)に送付いたします。

なお、別途送付場所を指定される場合は、下記通信欄にご記入ください。

コース番号	コース名	開講初日	ふりがな	生年月日(西暦) 及び性別	就業状況(※2) (該当に○印)	短大 記入欄
			受講者名			
		月 日		年 月 日 男 ・ 女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	
		月 日		年 月 日 男 ・ 女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	
		月 日		年 月 日 男 ・ 女	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	

通信欄 (受講案内送付先、訓練に関連する経験・技能等(※3)、連絡通信事項を記入してください。)

参考までにお伺いします。今回のコースをどのようにしてお知りになりましたか。(該当するものを○で囲んでください。)

①ホームページ ②セミナーパンフレット ③FAXによる広報 ④ポスター ⑤他の団体からの紹介 ⑥その他()

(連絡事項)

- コース開催の3週間前の時点で、受講申込み者が最小開催人数に満たない場合は、誠に勝手ながら当該コースを中止する場合があります。あらかじめご了承ください。
- 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(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。
- ※1 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。
- ※2 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差し支えありません。
- ※3 訓練を進める上での参考とさせていただきます。今回受講するコース内容に関連した職場経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方については差し支えない範囲で区分して通信欄にご記入ください。(例: 切削加工の作業に約5年間従事)
(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。
- 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