

能力開発セミナー受講申込書

申込日： 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

訓練内容と受講要件（ある場合のみ）を確認の上、下記の通り能力開発セミナーを申し込みます。

申込先 ※該当施設 に☑	<input type="checkbox"/> ①ポリテクセンター徳島 FAX 088-654-5103	<input type="checkbox"/> ②ポリテクセンター香川 FAX 087-867-6856	<input type="checkbox"/> ③四国ポリテクカレッジ FAX 0877-24-6291
	<input type="checkbox"/> ④ポリテクセンター愛媛 FAX 089-972-0959	<input type="checkbox"/> ⑤ポリテクセンター高知 FAX 088-831-3008	<input type="checkbox"/> ⑥ポリテクカレッジ高知 FAX 0887-56-4130

受講区分 (※)	<input type="checkbox"/> 会社からの指示による受講		<input type="checkbox"/> 個人での受講	
会社名				
業種			所属団体	
住所	〒			
連絡先	TEL		FAX	
申込担当者	氏名		所属	
従業員数	<input type="checkbox"/> 1~29人 <input type="checkbox"/> 30~99人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 300~499人 <input type="checkbox"/> 500~999人 <input type="checkbox"/> 1000人以上			

※受講区分の「会社からの指示による受講」を選択された場合は、後日、受講者の所属する会社の担当者の方あてに、アンケート調査への協力をお願いしております。

※受講区分の「個人での受講」を選択された場合は、ご自身の「住所」、「連絡先」を記入してください。

コース番号	コース名	受講者名	性別	生年月日 (西暦)	就業状況 (※) 1 該当に○印	訓練に関する 経験・技能等 (※) 2
		フリガナ	男女	年 月 日	1・2・3	
		フリガナ	男女	年 月 日	1・2・3	
		フリガナ	男女	年 月 日	1・2・3	
		フリガナ	男女	年 月 日	1・2・3	
		フリガナ	男女	年 月 日	1・2・3	

※1 受講者の就業状況 (1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他 (自営業等))

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。

※2 訓練を進めるうえでの参考とさせていただくため、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)。

(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。

【個人情報保護について】

☆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。

☆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、修了台帳の整備等)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。