

令和6年度

能力開発セミナー受講申込書

FAX (0778-23-1013) または E-mail 若しくは 郵送 で申し込みください

コピーしてご使用ください。

福井職業能力開発促進センター 所長 殿

西暦 年 月 日

下記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。

コース番号	コース名	実施日	西暦 年 月 日 ~ 月 日
受講者がパンフレット掲載の各コース「対象者」の条件を満たしているかご確認ください。		<input type="checkbox"/> 確認	
今回のコースをどのようにしてお知らせになりましたか。 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> DM (ダイレクトメール) <input type="checkbox"/> 事業主団体からの紹介 <input type="checkbox"/> 他機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 従業員からの要望 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ホームページの訓練分野別コース名詳細のページをご覧になりましたか。 <input type="checkbox"/> 見た <input type="checkbox"/> 見ていない ※訓練分野別コース名詳細のページではより詳しい訓練の内容をご覧ください。			

受講区分（開催案内・受講料請求の送付先）

1. 会社指示による受講の場合 ※1

事業所等名		申込担当者	【所属部署・役職】
所属団体名			【氏名】
所在地	〒 -	TEL	() -
		FAX	() -
		E-mail	
業種	A <input type="checkbox"/> 製造業 B <input type="checkbox"/> 建設業 C <input type="checkbox"/> サービス業 D <input type="checkbox"/> 卸売・小売業 E <input type="checkbox"/> その他 ()		
企業規模	A <input type="checkbox"/> 1~29人 B <input type="checkbox"/> 30~99人 C <input type="checkbox"/> 100~299人 D <input type="checkbox"/> 300~499人 E <input type="checkbox"/> 500~999人 F <input type="checkbox"/> 1000人以上		

2. 個人による受講の場合

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	西暦 年 月 日
氏名		<input type="checkbox"/> 女	雇用形態 ※2	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他
			経験の有無	<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)
住所	〒 -		TEL	() -
			FAX	() -
			E-mail	

※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。

受講者基本情報

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男
氏名		<input type="checkbox"/> 女	氏名		<input type="checkbox"/> 女	氏名		<input type="checkbox"/> 女
生年月日	西暦 年 月 日		生年月日	西暦 年 月 日		生年月日	西暦 年 月 日	
雇用形態 ※2	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他		雇用形態 ※2	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他		雇用形態 ※2	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	
経験の有無	<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)		経験の有無	<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)		経験の有無	<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)	

※2 雇用形態の非正規雇用とは、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。

《セミナー受講の申込方法等》

- ◎申込書に、必要事項をご記入の上ご持参いただくか、FAXまたはE-mail 若しくは郵便にて送付ください。
- ◎受講料は、当センターより請求書を送付いたしますので、お手元に届き次第、当センター指定口座へお振込みください。
なお、振込み手数料は、ご負担をお願いします。※受講料納入は、セミナー開始7日前までをお願いします。直前（開講前7日以内）の取消しの場合は受講料を負担していただくこととなります。

《当機構の保有個人情報保護方針、利用目的》

- 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。受講区分欄の1を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

(お問い合わせ及び受講申込先)

ポリテクセンター福井 訓練課 能力開発セミナー担当 〒915-0853 福井県越前市行松町25-10
 TEL 0778-23-1011 FAX 0778-23-1013 E-mail fukui-poly03@jeed.go.jp

機構処理欄

受付番号：	申込書受理：	確認書作成：	確認書FAX：	予定表入力：	システム入力：
-------	--------	--------	---------	--------	---------