

能力開発セミナー受講者変更・キャンセル届

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



福井職業能力開発促進センター 所長 殿

西暦 年 月 日

能力開発セミナーの受講申込について、下記のとおり 受講者変更 ・ キャンセル をします。

記入者情報			
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 (送付先住所、連絡先の欄を記入してください。)
企業名	【法人名】	【事業所名】	
申込担当者	【所属部署・役職】	【氏名】	
送付先住所	〒 _____ - _____		
連絡先	【TEL】	【FAX】	【E-mail】

変更・キャンセル内容 (同じ項目は「同上」または「〃」を記入してください)							
コース番号	開講日 (初日) 月/日	受講申込者		該当に☑ 受講者変更は 右欄も記入	変更後受講者		
		ふりがな 氏名	ふりがな 氏名		生年月日 性別	受講者の就業状況 (該当に☑)	経験の有無 (該当に☑)
1	/			<input type="checkbox"/> 受講者変更 <input type="checkbox"/> キャンセル ※受講料振込 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	西暦 年 月 日 <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"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)
2	/			<input type="checkbox"/> 受講者変更 <input type="checkbox"/> キャンセル ※受講料振込 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	西暦 年 月 日 <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"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)
3	/			<input type="checkbox"/> 受講者変更 <input type="checkbox"/> キャンセル ※受講料振込 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	西暦 年 月 日 <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"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)
4	/			<input type="checkbox"/> 受講者変更 <input type="checkbox"/> キャンセル ※受講料振込 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	西暦 年 月 日 <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"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)
5	/			<input type="checkbox"/> 受講者変更 <input type="checkbox"/> キャンセル ※受講料振込 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	西暦 年 月 日 <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"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 経験有 (年)

※お申込みのキャンセルは、受講予定コースの開催日の1週間(7日)前(土日祝日にあたる場合はその前日)までにご連絡ください。それ以降のキャンセルや、キャンセルご連絡がない場合につきましては料として受講料を全額ご負担していただきます。(ただし、当センターの都合によりやむを得ず中止した場合を除く。)

※受講者変更・キャンセルについては、電話にて連絡後、この届をFAXまたはE-mail 若しくは郵便にて送付していただきますようお願いいたします。

◀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:	届出書受理:	確認書作成:	確認書FAX:	予定表入力:	システム入力:
-------	--------	--------	---------	--------	---------