

能力開発セミナー受講申込書

コピーして
ご利用ください

申込日 年 月 日

コースNo.	実施期間	受講料	円× 人			
コース名						
(フリガナ)	TEL	-	-	-	-	
会社名	FAX	-	-	-	-	
団体名	※会社が所属している団体の名称を記入して下さい					
所在地	〒 -					
会社規模 ※該当に✓	<input type="checkbox"/> A.1~29人 <input type="checkbox"/> B.30~99人 <input type="checkbox"/> C.100~299人 <input type="checkbox"/> D.300~499人 <input type="checkbox"/> E.500~999人 <input type="checkbox"/> F.1,000人以上					
業種 ※該当に✓	<input type="checkbox"/> A.製造業 <input type="checkbox"/> B.建設業 <input type="checkbox"/> C.サービス業 <input type="checkbox"/> D.卸売・小売業 <input type="checkbox"/> E.その他 ()					
受講区分 ※該当に✓	<input type="checkbox"/> 1. 会社からの指示による受講 (受講者が所属する会社の代表の方(事業主、工場長等)に、アンケート調査のご協力をお願いしております。) <input type="checkbox"/> 2. 個人での受講					
申込担当者 会社指示の場合	部署名	氏名	TEL	-	-	
			E-mail			

請求書等の送付先に✓をお付け下さい (セミナー開講の2週間前頃にお送りします)	<input type="checkbox"/> 1. 会社あて <input type="checkbox"/> 2. 個人あて (受講者住所欄にご記入下さい)
--	---

受講者氏名		●受講するコース内容に関連する経験・技能等についてお聞かせください			
(フリガナ)		セミナーを進める上での参考とさせていただきます。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5年間従事)			
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	西暦 年 月 日	※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等)			
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	-
緊急連絡先 住所		FAX	-	-	-
(フリガナ)		(例：切削加工の作業に5年間従事)			
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	西暦 年 月 日	※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等)			
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	-
緊急連絡先 住所		FAX	-	-	-
(フリガナ)		(例：切削加工の作業に5年間従事)			
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	西暦 年 月 日	※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等)			
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	-
緊急連絡先 住所		FAX	-	-	-
(フリガナ)		(例：切削加工の作業に5年間従事)			
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	西暦 年 月 日	※ 就業状況(該当に✓) <input type="checkbox"/> 1. 正社員 <input type="checkbox"/> 2. 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 3. その他(自営業等)			
受講者住所 (※送付先が個人あての場合のみ)	〒 -	TEL	-	-	-
緊急連絡先 住所		FAX	-	-	-

※セミナー開講2週間前の時点で定員の5割に満たない場合は、コースを中止または日程変更する場合がありますので、あらかじめご了承ください。その場合は、別途ご連絡いたします。
 ※申込後の取消は、セミナー開講の14日前までにご連絡下さい。それ以降の取消や連絡がない場合は、受講料を負担していただきます。
 ※緊急事態(地震等)が発生した場合のため、緊急連絡先の住所・電話番号のご記入をお願いします。
 ※受講料は、税込みです。また、消費税率が変更された場合、受講料を改定する場合がありますのであらかじめご了承ください。
 ※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。

当機構は「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利用させていただきます。

お問い合わせ・お申込み先 (お申込みは、FAXあるいは郵送にてお願いします)

九州職業能力開発大学校 援助計画課
 〒802-0985 北九州市小倉南区志井1665-1 TEL. 093-963-8352 FAX. 093-963-8387

*機構処理欄	
受付	システム 備考