

セミナー受講申込書

(変更・取り消し)

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構
 福山職業能力開発短期大学校長 殿

FAX : 084-921-7038

令和 年 月 日

在職者訓練（能力開発セミナー）について、訓練内容を確認の上、下記のとおり申し込みます。

コース番号	受講希望コース名	開講日	フリガナ		生年月日(西暦)
			受講者氏名		
		/		性別 男・女	西暦 年 月 日
	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他（自営業等）				
※1	訓練に関連する経験・技能等				
		/		性別 男・女	西暦 年 月 日
	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他（自営業等）				
※1	訓練に関連する経験・技能等				
		/		性別 男・女	西暦 年 月 日
	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他（自営業等）				
※1	訓練に関連する経験・技能等				
		/		性別 男・女	西暦 年 月 日
	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他（自営業等）				
※1	訓練に関連する経験・技能等				

※1 訓練を進める上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）

勤務先		申込担当者 (所属部課)	
所在地	(〒 -) (TEL : - -) (FAX : - -)	業種	
現住所 (個人)	(〒 -) *個人でお申し込みの場合は必ず記入してください (TEL : - -) (FAX : - -)		
企業規模	該当個所にチェック <input type="checkbox"/> ~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~	所属団体名	当校指定団体の構成企業は、団体名をご記入下さい。
受講区分(該当に○印)	1. 会社の指示による受講(※2) 2. 個人の自己受講		
受講票及び受講料請求先(該当に○印)	1. 会社 2. 個人		

※2 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、受講者が所属する会社の代表の方（事業主、営業所長、工場長等）にアンケート用紙を送付しますので、アンケート調査へのご協力をお願いします。

注意事項

- ・受講の取り消し、受講者の変更等もこの申込書をご利用ください。
 - ・お申し込みいただいたセミナー開講日の概ね10日前までに、当校から受講される方に受講票及び受講料の振込用紙等を送付いたします。受講票が届かない場合は、電話等でご連絡ください。
 また、駐車場及び会場案内は受講票と同封します。
 - ・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。
- 【当機構の保有個人情報保護方針、利用目的について】**
- ・独立行政法人高齢・障害・求職者支援機構は「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。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。
 - ・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の案内に利用させていただきます。