

能力開発セミナー受講申込書

令和 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
北海道支部 職業能力開発施設長 殿

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認のうえ、申し込みます。

申込先 (いずれかの該当施設に☑)	①ポリテクセンター北海道(札幌)	②北海道能開大(銭函)	③ポリテクセンター函館
	④ポリテクセンター旭川	⑤ポリテクセンター釧路	

コース番号	コース名		
日程	/	~	/
受講区分 (該当に○)	A. 会社からの指示による受講		B. 個人での受講
(フリガナ) 会社名	受講された方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、 セミナー終了後にアンケート調査を実施していますので、ご協力をお願いします。		
住所	〒		TEL
			FAX
会社規模 (該当に○)	A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上		
業種 (該当に○)	A. 製造業 B. 建設業 C. サービス業 D. 卸売・小売業 E. その他()		
申込担当者	氏名	部署	連絡先
団体名	会社が属している団体の名前を記入してください。(例:〇〇工業会、〇〇協同組合)		

受講者氏名		受講者住所(受講票・受講料請求書を個人あてに送る場合のみ記入)	
(フリガナ) 氏名	男・女	〒	TEL FAX
生年月日	西暦 年 月 日	※1.就業状況 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	〒	TEL FAX
生年月日	西暦 年 月 日	※1.就業状況 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	〒	TEL FAX
生年月日	西暦 年 月 日	※1.就業状況 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	〒	TEL FAX
生年月日	西暦 年 月 日	※1.就業状況 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	

訓練に関連する
経験・技能等(※2)

※1.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.訓練を進める上での参考とさせていただきます。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)

受講票・受講料の 請求書等の送付先	A. 会社あて	B. 個人あて(上記受講者住所欄にご記入ください)
----------------------	---------	---------------------------

【備考】

- ◆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。
- ◆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。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。