

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	/ ~ /	受講料 円 × 人
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	TEL	
	FAX	
住所	〒	
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: ○○工業会、○○協同組合)	
当該セミナーを知ったきっかけ (該当に○)	1.パンフレット 2.施設ホームページ 3.コース別チラシ 4.所属団体からの紹介(団体名:) 5.その他()	

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)	
記載例	(フリガナ)	コヨウ タロウ	〒000-0000 北海道〇〇市〇〇
	氏名	雇用 太郎	TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	生年月日	西暦 2010年 10月 10日	就業状況(※1) 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等) コースに関する経験・技能等(※2) 切削加工の作業(約5年間)
1	(フリガナ)		〒
	氏名		TEL FAX 就業状況(※1) 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)
	生年月日	西暦 年 月 日	コースに関する経験・技能等(※2)
2	(フリガナ)		〒
	氏名		TEL FAX 就業状況(※1) 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)
	生年月日	西暦 年 月 日	コースに関する経験・技能等(※2)
3	(フリガナ)		〒
	氏名		TEL FAX 就業状況(※1) 1.正社員 2.非正規雇用 3.その他(自営業等)
	生年月日	西暦 年 月 日	コースに関する経験・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)コースを実施す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。			

受講票・受講料・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。当機構の方・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について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Aを選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。