

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 北海道職業能力開発大学校長 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。

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					
	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。											
(フリガナ) 法人名												
法人番号	(法人番号が無い場合は下記の該当に○印) 1. 団体 2. 個人事業主 3. 個人											
所在地	〒											
連絡先	TEL					FAX						
法人規模 (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. 農業、林業 B. 漁業 C. 鉱業、砕石業、砂利採取業 D. 建設業 E. 製造業 F. 電気・ガス・熱供給・水道業 G. 情報通信業 H. 運輸業、郵便業 I. 卸売業、小売業 J. 金融業、保険業 K. 不動産業、物品賃貸業 L. 学術研究、専門・技術サービス業 M. 宿泊業、飲食サービス業 N. 生活関連サービス業、娯楽業 O. 教育、学習支援業 P. 医療、福祉 Q. 複合サービス事業 R. サービス業 S. 公務 T. 分類不能の産業											
申込担当者	氏名			部署			連絡先					
団体名	法人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にのみ記入)			
1	(フリガナ)			〒			
	氏名	男・女		TEL		FAX	
	生年月日	西暦	年 月 日	就業状況(※1)		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	
コースに関連する経験・技能等(※2)							
2	(フリガナ)			〒			
	氏名	男・女		TEL		FAX	
	生年月日	西暦	年 月 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) 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。(例: 電気工事における配線作業に約5年間従事)

受講票・受講料の請求書送付先	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。