

## 能力開発セミナー受講申込書

## ※お申込みの前に必ずご確認ください。

受講取消(キャンセル)をする場合は、**セミナー開講日の2週間前(14日)前(土日祝日にあたる場合はその前日)まで**にお知らせください。

それ以降の取り消し(キャンセル)やご連絡がない場合は、**受講料の全額**を申し受けることになりますので、ご了承ください。

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促進センター 所長 殿

能力開発セミナーについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認の上、申し込みいたします。

※事業所名は必ず記入してください。個人でお申し込みの場合はご自宅の連絡先をご記入ください。

会社からの派遣によるお申込	ふりがな			
	事業所名			
	所在地	〒 -		
	電話番号	TEL - - FAX - -		
	申込担当者	氏名	部署	
	企業規模	<input type="checkbox"/> 1~29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人以上		
	業種	<input type="checkbox"/> 電気機械器具製造業 <input type="checkbox"/> 設備工事業 <input type="checkbox"/> 機械製造業(電気機械器具製造業を除く) <input type="checkbox"/> 総合工事業 <input type="checkbox"/> 鉄鋼業・非鉄金属製造業 <input type="checkbox"/> 総合卸売業 <input checked="" type="checkbox"/> 建築・土木設計サービス業 <input type="checkbox"/> 飲食店 <input type="checkbox"/> 情報処理サービス業 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> エンジニアリングサービス業		
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)			
個人のお申込	ふりがな			
	氏名			
	自宅住所	〒 -		
	電話番号	TEL - - FAX - -		
	当該セミナーを知ったきっかけ(該当に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 施設ホームページ <input type="checkbox"/> コース別チラシ <input type="checkbox"/> 所属団体からの紹介(団体名: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	受講区分※1 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 1.会社からの派遣による受講 <input type="checkbox"/> 2.個人の自己受講	通信欄	
コース番号	コース名	受講開始日	ふりがな 受講者名	生年月日
		/		西暦
	※2 コースに関する訓練に関する経験・技能等		※3 就業状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員 <input checked="" type="checkbox"/> その他(自営業等)
		/		西暦
	※2 コースに関する訓練に関する経験・技能等		※3 就業状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
		/		西暦
	※2 コースに関する訓練に関する経験・技能等		※3 就業状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
※1「会社からの派遣による受講」を選ばれた場合には、会社の代表の方にアンケート調査のご協力をお願いすることがございます。 ※2 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) ※3 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。 (注) 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。				
<b>当機構の保有個人情報保護方針・利用目的</b> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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1を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。				
受講日の <b>2週間(14日)前までに</b> 必要事項をご記入の上、FAXお願い致します。				

お問合せ先

訓練第二課  
TEL: 011-640-8823  
(平日9:00~17:00)