**能力開発セミナー受講申込書**

**FAX送付先　0297-22-8822**

茨城職業能力開発促進センター所長（ポリテクセンター茨城）宛　　　　　　　令和　　年　　月　　日

下記のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認の上、申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| コース番号 | コ ー ス 名 | 開始日(実施日) | ふりがな | その他 |
| 受講者氏名 |
|  |  | 　R／ |  | 生年月日 | 西暦 ・ ・ |
|  |
| 担当業務等 ※3 |  |
| 就業状況※（該当に○)　１ 正社員　２ 非正規雇用　３ その他(自営等) |
|  |  | 　R／ |  | 生年月日 | 西暦 ・ ・ |
|  |
| 担当業務等 ※3 |  |
| 就業状況※（該当に○)　１ 正社員　２ 非正規雇用　３ その他(自営等) |
|  |  | 　R／ |  | 生年月日 | 西暦 ・ ・ |
|  |
| 担当業務等 ※3 | 　 |
| 就業状況※（該当に○)　１ 正社員　２ 非正規雇用　３ その他(自営等) |

**会社または、個人、どちらか該当する方に☑を記入し、記入もれのないようお願いします。**

□**会社からの指示によるお申込みの場合(※1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込企業 | 所在地 | 〒 | TEL　FAX　 |
| 会社名事業所名 | ふりがな　 |  |
|  | 支店事業所　営業所 | E-mail(※4) |
| 氏名または担当者 | ふりがな　　 | 所属部課名 |  |
|  |
| 従業員数 | Ａ (1～29)　　 Ｂ (30～99）　　Ｃ (100～299）　　Ｄ (300～499）Ｅ (500～999)　　Ｆ (1000～）　　　該当に○をつけてください。 | 業種 |  |

□**個人での申込みの場合**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| TEL | ※平日昼間に連絡可能な番号 | FAX　 |
| E-mail(※4)  |

※1　会社からの指示によるお申込みの場合、受講者が所属する会社の代表者の方(事業主、所長、工場長等)にアンケート調査のご協力のお願いをすることがあります。

※2　就業状況の「２　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、さまざまな呼称があるため貴社の判断で差し支えありません。

※3　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）

(注）訓練内容等のご不明点、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。

※4　受講確定のご連絡について、電話ではなく電子メールをご希望される場合のみ、アドレスをご記入ください。

○　茨城職業能力開発促進センターは、「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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ポリテクセンター処理欄 | 記帳　・　システム入力　・　一覧入力 | 受理日 |  |
| 会社コード |  |

［R05.12］