

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構茨城支部  
茨城職業能力開発促進センター所長 殿

能力開発セミナー 受講キャンセル・受講者変更届

下記のセミナーについて、キャンセル / 受講者変更 いたします。

記

区分該当を○	コースNo	開講日	フリガナ	変更後の受講者（受講者変更の場合は記入）		
			受講者氏名	ふりがな氏名	その他	
キャンセル 受講者変更		R /			生年月日	西暦
					担当業務等	
就業状況（該当に○） 1 正社員 2 非正規雇用 3 その他(自営等)						
キャンセル 受講者変更		R /			生年月日	西暦
					担当業務等	
就業状況（該当に○） 1 正社員 2 非正規雇用 3 その他(自営等)						

上記内容に間違いありません。

なお、先に振込した受講料は、下記口座への返金を希望します。

■申込者

住 所	〒	TEL :
		FAX :
※以下は、会社申込の方のみご記入ください		
法人名・事業所名	フリガナ	
【会社申込の方】 申込ご担当者	所属部課	氏名

■受講料返金口座 ※開講日1週間前までのキャンセルについては受講料を返金いたします

金融機関名				支店名	
種類	普通・当座	口座番号		(カナ) 口座名義	

- 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	
-------------	--------------------	-----	--