令和　　年　月　　日

**FAX送付先　0297-22-8822**

（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 | その他 | |
| 氏名 |
| 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 | | |
| 会社名 | ふりがな | |
|  | |
| 【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３日前以前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 |  |