

☆コース番号の頭に
6のつくものは
こちら

ポリテクカレッジ石川

受講申込書②

・申込セミナー 次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。

●修了証書の発行のため、上段の枠内はすべて記入してください。 申込年月日：西暦 年 月 日

コースNo	コース名	開講日	受講料単価	人数	受講料合計
6		/ ~ /	¥	人	¥
(ふりがな)	(西暦)	就業状況	(ふりがな)	(西暦)	就業状況
受講者氏名	生年月日	(該当に○印)	受講者氏名	生年月日	(該当に○印)
	西暦 年 月 日	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他 (自営業等)		西暦 年 月 日	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他 (自営業等)
(男・女)			(男・女)		
	西暦 年 月 日	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他 (自営業等)		西暦 年 月 日	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他 (自営業等)
(男・女)			(男・女)		

企業規模 (該当に○印)	A 1～29 B 30～99 C 100～299 D 300～499 E 500～999 F 1,000人以上
貴社の主な所属団体名 (協同組合・協会・商工会議所等)	
企業名 (個人：氏名)	業種
所在地	〒 受講区分 (該当に○印) 1. 会社からの指示による受講 2. 個人での受講
担当者	氏名 TEL - - (直通: - -) 所属部課 FAX - -
当機構のセミナー・イベント等の案内を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	E-mail
訓練に関連する職務経験・資格・技能等	

ご注意

- 受講料振込に係る金融機関等の手数料は、お客様のご負担となります。
- 受講区分の「1. 会社からの指示による受講」を選択された場合は、受講される方が所属する教育訓練担当者さまへアンケート調査のご協力をお願いしております。
- 訓練の実施に当たり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、教育訓練受講履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。
- 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がございましたら、あらかじめご相談ください。

★保有個人情報保護について、この受講申込の個人情報については、「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致します。ご記入いただいた個人情報については教育訓練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、当機構の教育訓練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。

- ・受講予約
- ・受講申込
- ・問い合わせ

初めに、電話等で申込予定コースの応募状況をご確認の上、お申込みください。

独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構石川支部
石川職業能力開発短期大学校

TEL : 0768-52-1323

FAX : 0768-52-3139