

受講者変更届

受付FAX 0765-24-4770

令和 年 月 日

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長 殿

下記のとおり教育訓練の受講者変更を届出いたします。

1 届出担当者情報

企 業 名				
届出担当者	氏名		連絡先	
	所属			

2 受講者変更情報

コース番号	コース名	開 講 日	【 変 更 前 】 受 講 者 氏 名		【 変 更 後 】 ふ り が な 受 講 者 氏 名 生年月日(西暦)
		/ ~ /			年 月 日
		/ ~ /			年 月 日
		/ ~ /			年 月 日
		/ ~ /			年 月 日
		/ ~ /			年 月 日

※ 受講者の変更は、本紙に必要事項をご記入の上、**FAX(0765-24-4770)にてお送りください。**

★保有個人情報保護について

(1) 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。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。

(2) ご記入いただいた個人情報は、教育訓練の受講に関する事務処理及び個人を特定しない統計処理、当機構の教育訓練やセミナー等の案内、能力開発に関する助成金等のサービスの案内に利用させていただきます。会社からお申し込みの場合は、申し込み担当者あてに送付いたします。