

☆コース番号の頭に「5」のつくものはこちら

ポリテクセンター石川 受講申込書

令和7年度

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下さい。 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
5		/ ~ /	¥	人	¥
(ふりがな)	(西暦)	就業状況 (該当に○印)	(ふりがな)	(西暦)	就業状況 (該当に○印)
受講者氏名	生年月日		受講者氏名	生年月日	
(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)	(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)
(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)	(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)

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
法人番号 (13ケタ)	法人番号がない場合は、以下の該当に○印 1. 団体、 2. 個人事業主、 3. 個人					
法人名 (団体・個人氏名)	法人名 (団体・個人氏名)	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			
所在地	〒	TEL	-	-	(直通: - -)	
		FAX	-	-		
担当者	氏名	E-mail				
	所属部課					
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。

★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、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。



独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構石川支部 石川職業能力開発促進センター (ポリテクセンター石川)

TEL:076-267-8864 FAX:076-267-0819

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。