

☆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うえ、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。
- 訓練の実施にあ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、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第59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。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。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(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利用させていただきます。

- ・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うえ、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