

能力開発セミナー受講申込書

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
職業能力開発施設長 殿

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

以下のセミナーを申し込みます。

申込先 ※いずれかの該当施設に☑	<input type="checkbox"/> ポリテクセンター鹿児島 FAX 099-254-3758	<input type="checkbox"/> ポリテクカレッジ川内 FAX 0996-22-6612
---------------------	--	---

コース名	コース番号	開講日
------	-------	-----

受講者氏名		
(フリガナ) 氏名1	男・ 氏名2	男・ 氏名3
生年月日 西暦 年 月 日 女	生年月日 西暦 年 月 日 女	生年月日 西暦 年 月 日 女
就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
訓練に関する技能・経験等	訓練に関する技能・経験等	訓練に関する技能・経験等
緊急連絡先(TEL)	緊急連絡先(TEL)	緊急連絡先(TEL)
(フリガナ) 氏名4	男・ 氏名5	男・ 氏名6
生年月日 西暦 年 月 日 女	生年月日 西暦 年 月 日 女	生年月日 西暦 年 月 日 女
就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	就業状況 1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
訓練に関する技能・経験等	訓練に関する技能・経験等	訓練に関する技能・経験等
緊急連絡先(TEL)	緊急連絡先(TEL)	緊急連絡先(TEL)

受講区分(開催案内・受講料請求先)※どちらかにご記入ください

会社からの指示による受講

個人での自己受講

(フリガナ)	
会社名	
所属団体名	
申込担当者	
部署・役職	
住所 〒	
TEL	FAX
会社規模 ※該当に○	A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上
業種 ※該当に○	A. 製造業 B. 建設業 C. サービス業 D. 卸売・小売業 E. その他()

住所 〒	
TEL	FAX

(※)セミナー終了後、受講された方が所属する会社の代表の方(事業主、営業所長、工場長等)に、満足度等のアンケート調査を実施していますので、ご協力をお願いします。

◆申込期限については申込施設へ、個別にお問い合わせください。
◆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ございましたら、あらかじめご相談下さい。
◆独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「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。ご記入いただいた個人情報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利用させていただきます。

能力開発セミナー受講申込書

記入例

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
職業能力開発施設長 殿

申込日 2019 年 4 月 1 日

以下のセミナーを申し込みます。

申込先 ※いずれかの該当施設に☑	<input type="checkbox"/> ポリテクセンター鹿児島 FAX 099-254-3758	<input checked="" type="checkbox"/> ポリテクカレッジ川内 FAX 0996-22-6612
---------------------	--	--

コース名	精密測定技術(長さ測定編)	コース番号	6M001	開講日	4月15日
------	---------------	-------	-------	-----	-------

受講者氏名								
(フリガナ) 氏名1	センダイ ジロウ 川内 二郎	男	(フリガナ) 氏名2	男	(フリガナ) 氏名3	男		
生年月日	西暦 1992 年 1 月 30 日	女	生年月日	西暦 年 月 日	女	生年月日	西暦 年 月 日	女
就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)		就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)		就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	
訓練に関する技能・経験等			訓練に関する技能・経験等			訓練に関する技能・経験等		
緊急連絡先(TEL)	090-1234-5678		緊急連絡先(TEL)			緊急連絡先(TEL)		
(フリガナ) 氏名4	センダイ ハナコ 川内 花子	男	(フリガナ) 氏名5	男	(フリガナ) 氏名6	男		
生年月日	西暦 1990 年 2 月 10 日	女	生年月日	西暦 年 月 日	女	生年月日	西暦 年 月 日	女
就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)		就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)		就業状況	1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)	
訓練に関する技能・経験等			訓練に関する技能・経験等			訓練に関する技能・経験等		
緊急連絡先(TEL)	090-5678-1234		緊急連絡先(TEL)			緊急連絡先(TEL)		

受講区分(開催案内・受講料請求先)※どちらかにご記入ください

会社からの指示による受講

個人での自己受講

(フリガナ) 会社名	カブシキガイシャ センダイ 株式会社		
所属 団体名	カレッジ工業会		
申込担 当者名	川内 太郎		
部署名	工場長		
住 所	〒 895-0211 薩摩川内市高城町2526番地		
TEL	0996-22-1558	FAX	0996-22-6612
会社規模 ※該当に○	A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上		
業種 ※該当に○	A. 製造業 B. 建設業 C. サービス業 D. 卸売・小売業 E. その他()		

住所	〒 895-0211 薩摩川内市高城町2526番地		
TEL	090-1234-5678	FAX	099-987-6543

(※)セミナー終了後、受講された方が所属する会社の代表の方(事業主、営業所長、工場長等)に、満足度等のアンケート調査を実施していますので、ご協力をお願いします。

◆申込期限については申込施設へ、個別にお問い合わせください。

◆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ございましたら、あらかじめご相談下さい。

◆独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「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。ご記入いただいた個人情報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利用させていただきます。