

# 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・ 女	(フリガナ) 氏名2
生年月日 西暦 年 月 日	女	生年月日 西暦 年 月 日
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
緊急連絡先(TEL)		緊急連絡先(TEL)
(フリガナ) 氏名4	男・ 女	(フリガナ) 氏名5
生年月日 西暦 年 月 日	女	生年月日 西暦 年 月 日
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
緊急連絡先(TEL)		緊急連絡先(TEL)
(フリガナ) 氏名3	男・ 女	(フリガナ) 氏名6
生年月日 西暦 年 月 日	女	生年月日 西暦 年 月 日
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
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「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。ご記入いただいた個人情報について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。受講区分欄の会社からの指示を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。