

## 高知職業能力開発短期大学校

## 能力開発セミナー受講申込書

高知県香南市野市町西野 1595-1 TEL 0887-56-4100 FAX 0887-56-4130

受講申込日 令和 年 月 日

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認の上、下記の通り申し込みます。

加盟（所属）団体名	例：同業組合、事業主団体、協会等		企業規模 <input type="checkbox"/> 1～29人 <input type="checkbox"/> 30～99人 <input type="checkbox"/> 100～299人 <input type="checkbox"/> 300～499人 <input type="checkbox"/> 500～999人 <input type="checkbox"/> 1,000人以上
法人名 / 事業所名		業種（※1）	
法人番号	（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		
所在地	〒 _____ TEL ( ) ( ) FAX ( ) ( )		
申込担当者名		所属部署	
受講区分	1. 会社からの指示による受講（※2） 2. 個人での自己受講（該当に○印）		
備考			

※1 業種は、以下の20種のうち該当するものを1つ選んでください。

A. 農業、林業 B. 漁業 C. 鉱業、採石業、砂利採取業 D. 建設業 E. 製造業 F. 電気・ガス・熱供給・水道業 G. 情報通信業 H. 運輸業、郵便業  
I. 卸売業、小売業 J. 金融業、保険業 K. 不動産業、物品賃貸業 L. 学術研究、専門・技術サービス業 M. 宿泊業、飲食サービス業 N. 生活関連サービス業、娯楽業  
O. 教育、学習支援業 P. 医療、福祉 Q. 複合サービス事業 R. サービス業 S. 公務 T. 分類不能の産業

※2 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、受講者が所属する会社の代表の方（事業主、営業所長、工場長等）にアンケート調査へのご協力を願っております。

コースNo.	コース名	ふりがな 受講者名	性別	生年月日 (西暦)	所属部署	訓練に関する 経験・技能等 (※2)	就業状況(※1) (該当に○印)
			男女	年 月 日生			1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			男女	年 月 日生			1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
			男女	年 月 日生			1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)

※1 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差し支えありません。

※2 訓練を進める上での参考とさせていただきます。今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は、差し支えない範囲でご記入下さい。（例：切削加工の作業に約5年間従事。）

※3 受講の取消し・変更及び受講料の納付は、開講8日前（8日前が土・日・祝日の場合は、それ以前の平日）までをお願いします。

※4 太線枠内を楷書でご記入ください。

※5 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、ご不安な点等ございましたら、あらかじめご相談ください。

## 当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

○ 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1を選択された方は、申込担当者様あてにご送付いたします。

○ なお、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内を不要とされる場合は、下記の「不要」に○印を入れて下さい。

不要