

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 年 月 日

能力開発セミナーについて、コース概要を確認の上、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
事業所名	業種（ ） 例：商品小売業、一般機械器具製造業、総合工事業、情報サービス業等			
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（※1）		2. 個人での自己受講（該当に○印）	
訓練に関連する経験・技能等（※2）				

※1 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お願いしております。

※2 訓練を進める上での参考とさせていただきため、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。）

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	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）
			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 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。

※3 太線枠内を楷書でご記入ください。

※4 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、予めご相談ください。

当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

※1 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。

※2 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・イベント等の案内の案内に利用させていただきます。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。

※3 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