

能力開発セミナー受講申込書

高知市棧橋通4-15-68

TEL 088-832-0447 / FAX 088-831-3008

能力開発セミナーについて、コース内容を確認の上、下記のとおり申し込みます。

(所属)団体名 所属団体がない場合記載不要	例: 同業組合、事業主団体、協会等									
	フリガナ									業種(※1)
法人名/事業所名										
法人番号	T									(法人番号がない場合は以下の該当に☑印) <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 個人事業 <input type="checkbox"/> 個人
所在地 個人の方は住所	〒									
	TEL					FAX				
申込担当者 及び 連絡先	フリガナ							所属部署 役職		
	氏名									
	TEL					FAX				
受講区分	<input type="checkbox"/> 会社からの指示による受講(※2) <input type="checkbox"/> 個人での自己受講 (いずれかにチェックしてください)									
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「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。

コース番号	コース名	フリガナ	性別	生年月日(西暦) 修了証書を発行するために必要です	所属部署	訓練に関連する 経験・技能等(※2)	就業状況(※1)
		受講者氏名					
(例) 5D001	有接点シーケンス制御の実践技術	コウチ タロウ	<input type="checkbox"/> 男			制御盤の設計に 約2年間従事	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
		高知 太郎	<input type="checkbox"/> 女				
			<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
			<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
			<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
			<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
			<input type="checkbox"/> 男				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他(自営業等)
			<input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> 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記入下さい。(例: 制御盤の設計に約2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 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。