

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
北海道支部北海道職業能力開発促進センター
釧路訓練センター長 殿

送信先

FAX.0154-57-8130

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、申し込みます。

コース番号	コース名			
日程	/ ~ /		受講料	円× 人
受講区分 (※該当に○)	A. 会社からの指示による受講 (※)		B. 個人での受講	
※) 受講された方が所属する会社の代表者の方(事業主、営業所長、工場長等)に、セミナー終了後に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。				
(フリガナ) 法人名			(フリガナ) 事業所名	TEL
				FAX
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	
住所	〒			
会社規模 (※該当に○)	A.1~29 B.30~99 C.100~299 D.300~499 E.500~999 F.1000人以上			
業種 (※該当に○)	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			
申込担当者	氏名	部署	連絡先	
団体名	※) 会社が属している団体の名前を記入してください。(例：〇〇工業会、〇〇協同組合)			

受講者氏名		受講者住所 (受講票・受講料請求書を個人あてに送る場合のみ記入)	
(フリガナ) 氏名	男・女	〒	
生年月日	西暦 年 月 日	就業状況*1 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	TEL FAX	
生年月日	西暦 年 月 日	就業状況*1 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	TEL FAX	
生年月日	西暦 年 月 日	就業状況*1 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
(フリガナ) 氏名	男・女	TEL FAX	
生年月日	西暦 年 月 日	就業状況*1 1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	
訓練に関連する 経験・技能等*2			
※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くため、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ください。(例：切削加工の作業に約5年間従事)			

受講票・受講料の 請求書等の送付先	A. 会社あて	B. 個人あて(上記受講者住所欄にご記入ください)
----------------------	---------	---------------------------

【備考】

◆訓練内容のご不明な点、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、あらかじめご相談ください。
◆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。