

能力開発セミナー受講申込書

新潟職業能力開発促進センター 宛

次のセミナーについて、訓練内容と「コース案内」を確認のうえ申込みます。

					令和	年	月	日
フリガナ								
会社名								
所在地	〒 ー				TEL			
					FAX			
担当者	所属部署等				業種			
	フリガナ 氏名				企業規模 (該当に○印)	A. 1~29、B. 30~99、C. 100~299、 D. 300~499、E. 500~999、 F. 1,000人以上		
受講区分 (該当に○印)	1. 会社からの指示による受講(※1)				2. 個人での自己受講			
訓練に関する経験・技能等(※2)								
	コース番号	コース名	実施日	フリガナ 受講者氏名	生年月日(西暦)			
1			~	男・女	年	月	日	
	就業状況 (該当に○印)	1 正社員 2 非正規社員 3 その他(自営業等)	※就業状況の非正規雇用とは一般的にパート、アルバイト、契約社員等が該当しますが、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			~	男・女	年	月	日	
	就業状況 (該当に○印)	1 正社員 2 非正規社員 3 その他(自営業等)	※就業状況の非正規雇用とは一般的にパート、アルバイト、契約社員等が該当しますが、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。					
3			~	男・女	年	月	日	
	就業状況 (該当に○印)	1 正社員 2 非正規社員 3 その他(自営業等)	※就業状況の非正規雇用とは一般的にパート、アルバイト、契約社員等が該当しますが、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。					

※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者の方(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、教育訓練受講履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: 切削加工技術作業に約5年間従事)

(注) 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。

注意事項

お申し込み後のキャンセルは、開講日7日前までに訓練課受講者第二係へご連絡下さい。
開講日前6日以内のキャンセルは、受講料の返還はできませんのでご了承願います。

個人情報保護について

- 当センターは、「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・業務統計等)及び業務統計、当機構のセミナー等のご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。
- 今後、当センターの能力開発セミナー等のご案内を希望しますか?
希望する 希望しない

お申込み・問い合わせ先

ポリテクセンター新潟

訓練課受講者第二係

TEL:0258-37-0450

FAX:0258-33-2422