

令和 年 月 日

受講申込書

変更  
取り消し

岡山職業能力開発促進センター 宛  
FAX. 086-241-1909

次のコースについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認の上、申し込みます。

コース番号	研修コース名	開講日(初日)
		月 日 ( )

フリガナ 受講者氏名	訓練コースに関連する 経験・技能等(※1)	性別 生年月日(西暦)	就業状況 (該当番号に○)	駐車場 利用の 有無
		男・女 年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	有・無
		男・女 年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	有・無
		男・女 年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	有・無
		男・女 年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	有・無
		男・女 年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)	有・無

勤務先	会社名			従業員数	①1人～29人 ②30人～99人 ③100人～299人 ④300人～499人 ⑤500人～999人 ⑥1000人以上 (該当するところを○で囲んでください。)
	所在地	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]			業種
	(※受講票/請求書等を郵送させていただきます。)		所属団体名		
	TEL		FAX		
	申込 担当者	【申込担当者職氏名】		【所属部署】	
			【連絡先 TEL】		
	Eメールアドレス				

個人 連絡先	住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] (※個人でお申し込みの場合のみ必ず記入してください。) (※受講票/請求書等を郵送させていただきます。)		
	TEL		FAX	

【必須】受講区分(※2)

会社	個人
----	----

受講料請求書のあて名について、「会社」、「個人」の該当する区分を○で囲んでください。

※1 訓練を進める上での参考とさせていただくため、今回受講する訓練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)

※2 受講区分の「会社」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。

(注1) 受講の取消し、受講者の変更等もこの申込書をご利用ください。

(注2) 訓練内容等について、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。

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は在職者訓練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、当機構の在職者訓練や関連するセミナー・イベント等の案内に利用させていただきます。受講区分欄の「会社」を選択 されたときは、申込担当者様あてに送付いたします。

事務処理欄  
(記入しないで下さい。)

■ 入力 / 記帳 /