

2023年度 能力開発セミナー受講申込書

※該当する施設名にチェックをつけてください。(実施施設ごとにお申込みください。)

 関西職業能力開発促進センター 近畿職業能力開発大学校**FAX 06-6383-0961****FAX 072-479-1751**

在職者訓練担当行 (必ずFAXにてお願いします)

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認のうえ、申し込みます。

年 月 日

コース番号	コース名	コース開始日	ふりがな 受講者氏名	生年月日 (西暦)	就業状況 (※4)	備考
		月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.正社員 <input type="checkbox"/> 2.非正規職員 <input type="checkbox"/> 3.その他	
		月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.正社員 <input type="checkbox"/> 2.非正規職員 <input type="checkbox"/> 3.その他	
		月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.正社員 <input type="checkbox"/> 2.非正規職員 <input type="checkbox"/> 3.その他	
		月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.正社員 <input type="checkbox"/> 2.非正規職員 <input type="checkbox"/> 3.その他	

- ※1 応募者が少ない場合はコースを中止させていただく場合があります。また、やむを得ず日程を変更する場合がありますので予めご了承ください。
※2 コース開始日14日前(土日・祝祭日含む)を過ぎてからのキャンセルは受講料を全額ご負担いただきます。
※3 納入された受講料を他のコースへ振り替える(流用)ことはできません。
※4 就業状況の非正規雇用とは、一般にパート、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。
※5 セミナーを実施するうえでの参考とさせていただきますため、今回、お申込みされた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[備考]欄にご記入下さい(例: 切削加工作業に約5年間従事)。

貴社名		ID (機構使用欄)	
貴社所在地		所属団体名	
企業規模 (該当に☑印)		業種 (該当に☑印)	
所属部署		TEL	FAX
ふりがな 担当者名		メール	
緊急連絡先 (※2)		TEL	
ふりがな 氏名		メール	
受講区分 (該当に☑印)		☐会社からの指示による受講(※3) ☐個人で自己受講	

- ※1 受講可否等の連絡先となりますので、必ずご記入をお願いします。
※2 緊急時に連絡が付くご連絡先(休業日等でもご連絡が付く連絡先)について、上記(※1 申込担当者名)と異なる場合、ご記載ください。
※3 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。

個人でお申し込みの方で、ご自宅へ書類を郵送希望される場合は、必ずご記入下さい。

住所	〒 -	TEL	
		FAXまたはメール	

【保有個人情報保護について】

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。
受講区分欄の「会社からの指示による受講」を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

お問い合わせ先関西職業能力開発促進センター 事業課
〒566-0022 大阪府摂津市三島1-2-1TEL 06-6383-0064
FAX 06-6383-0961

能力開発セミナー受講者変更・キャンセル届

※該当する施設名にチェックをつけてください。(施設ごとに届けてください。)

関西職業能力開発促進センター
FAX 06-6383-0961

近畿職業能力開発大学校
FAX 072-479-1751

在職者訓練担当 行

年 月 日

● 申込担当者の連絡先をご記入ください。(個人でお申し込みの場合は日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください)

会社名		電話番号	
申込担当者	(部署名) (氏名)	FAX番号	

● 該当する届け出のにチェックをして、必要事項をご記入ください。

下記のコースに申し込みましたが、都合により下記のとおり**キャンセル**いたします。

コース番号	コース名	開始日	受講者氏名	受講料
		月 日		<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済(振込日 月 日)
		月 日		<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済(振込日 月 日)
		月 日		<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済(振込日 月 日)
		月 日		<input type="checkbox"/> 未振込 <input type="checkbox"/> 振込済(振込日 月 日)

(注意) コース開始14日前(土日・祝祭日含む)を過ぎてからのキャンセルは受講料を全額ご負担いただきます。

お電話でのご連絡後、必ずこの届をFAXで送付願います。

下記のとおり、**受講者の変更**をいたします。

コース番号	コース名	開始日	ふりがな	ふりがな	生年月日 (西暦)
			受講者名(変更前)	受講者名(変更後)	
		月 日			
		月 日			
		月 日			
		月 日			

ご記入いただいた情報は能力開発セミナーの受講に関する事務処理(受講者変更・キャンセル)に利用させていただきます。

お問い合わせ先

関西職業能力開発促進センター 事業課
〒566-0022 大阪府摂津市三島1-2-1

TEL 06-6383-0064
FAX 06-6383-0961