

能力開発セミナーキャンセル・コース移動・受講者変更届

※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

在職者訓練担当 行

近畿職業能力開発大学校

FAX 072-479-1751

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)

(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、**コース移動**をいたします。 ※同コース内の移動に限る。

コース番号 (移動前)	開始日 (移動前)	コース番号 (移動後)	開始日 (移動後)	コース名	受講者名
	月 日		月 日		
	月 日		月 日		

(注意) コース開始14日前(土日・祝祭日含む)を過ぎてからのコース移動はできません。

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		生年月日 (西暦)		
			受講者名(変更前)	受講者名(変更後)	年	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(キャンセル・コース移動・受講者変更)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

機 構 使用欄	1	2	3	<input type="checkbox"/> 決定通知書	<input type="checkbox"/> 写し	〒
				<input type="checkbox"/> 受講票	<input type="checkbox"/> 文書	
				<input type="checkbox"/> 請求書		