

# 能力開発セミナー受講者変更・キャンセル届

滋賀職能大 学務援助課援助係 行 FAX:0748-31-2255

申込担当者(企業窓口)の連絡先をご記入ください。

年 月 日

企業名				※個人でお申込みの場合、企業名及び所属部署の記入は必要ありません。	
担当者	所属			TEL	
	氏名			FAX	

※該当の□に✓を入れ、必要事項をご記入ください。

## 下記のとおり、能力開発セミナーの受講をキャンセルします。

コース番号	コース名	日程	キャンセル者氏名
		/ ~ /	
		/ ~ /	
		/ ~ /	

受講料について	
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済 (振込日: 月 日)
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済 (振込日: 月 日)
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済 (振込日: 月 日)

(注意) 受講予定コースの開講日の2週間前の同曜日までにキャンセルの連絡がない場合は、キャンセル料として受講料の全額を負担していただきます。まずお電話にて連絡後、この「受講者変更・キャンセル届」をFAXまたは郵送してください。

## 下記のとおり、能力開発セミナーの受講者を変更します。

コース番号	コース名	日程	変更前
			受講者氏名
		/ ~ /	
		/ ~ /	
		/ ~ /	

変更後		
ふりがな / 受講者氏名	生年月日(西暦)	就業状況(○印) ※1
.....	年 月 日	・正社員 ・非正規雇用 ・その他(自営業等)
.....	年 月 日	・正社員 ・非正規雇用 ・その他(自営業等)
.....	年 月 日	・正社員 ・非正規雇用 ・その他(自営業等)

※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、貴社の判断で差し支えありません。

### 【個人情報の取り扱いについて】

- 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)及び個人を特定しない統計処理、当機構の能力開発業務に関連する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。会社からお申込みの場合は、申込担当者あてに送付します。

処理欄

お問い合わせ先・送付先

滋賀職業能力開発短期大学校 学務援助課援助係 TEL 0748-31-2252  
〒523-8510 滋賀県近江八幡市古川町1414