

能力開発セミナー受講申込書

滋賀職能大 学務援助課援助係 行 FAX:0748-31-2255

処理欄

※お申込みの前に必ずご一読ください。

- お申込みは、本紙に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送してください。係りが受領後、受付確認の返信をします。
- 申込者が一定数に満た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。
- 受講料は『受講決定通知書 及び 請求書』がお手元に届きましたら、期日までに指定口座にお振込みください。
- 納入された受講料を他のコースへ振り替えること(流用)はできません。
- 開講日の2週間前の同曜日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。
- 申込後、都合により受講者に変更が生じた場合は、まず、お電話にてご連絡いただいてから『受講者変更・キャンセル届』をFAXまたは郵送してください。
- すべてのコースにおいて、受講者及びお申込み企業様に、コース内容に関する満足度等のアンケート調査を実施しておりますので、ご協力をお願いします。

下記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、申込みます。

年 月 日

コース番号	コース名	日程	ふりがな	生年月日 (西暦)	就業状況 ※1 (該当に○印)
			受講者氏名		事業所名 ※2
					正社員・非正規雇用 その他(自営業等)
					正社員・非正規雇用 その他(自営業等)
					正社員・非正規雇用 その他(自営業等)
					正社員・非正規雇用 その他(自営業等)
					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。

※2 勤務先が申込担当者所在地と異なる場合のみご記入ください。 <記入例>○○支社、○○営業所、○○工場 等

■ 申込担当者(受講票等送付先)

< 会社からお申込みの場合 >

企業名		事業所名	※本社以外は、事業所名をご記入ください
企業規模 (該当に○印)	A. 1~29人 B. 30~99人 C. 100~299人 D. 300~499人 E. 500~999人 F. 1000人~	業種	
所在地	〒		
担当者 及び 連絡先	ふりがな	TEL	
	氏名	FAX	
	所属部署	E-mail	

< 個人でお申込みの場合 >

住所	〒	TEL	※日中連絡のつく番号をご記入ください
		FAX	
氏名		E-mail	

【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。

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