

能力開発セミナー受講者変更・キャンセル届

ポリテクセンター滋賀 訓練課事業主係 行

FAX 077-537-1299

申込担当(企業窓口)者の連絡先をご記入ください。

年 月 日

貴社名			T E L	
申込担当者	(部署名)	(氏名)	F A X	

下記のコースに申し込みましたが、都合により(□に「レ」印を付け、該当箇所に必要事項を記入してください。)

下記のとおり、キャンセルします。

コース番号	コース名	開始日	受講者名
		月 日	
		月 日	
		月 日	

受講料について	
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済み(振込日は 月 日)
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済み(振込日は 月 日)
<input type="checkbox"/> 未振込	<input type="checkbox"/> 振込済み(振込日は 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全額を負担していただきます。先ずお電話にて連絡後、この「受講者変更・キャンセル届」をFAX等にて送付願います。

下記のとおり、受講者の変更します。

コース番号	コース名	開始日	受講者名
		月 日	
		月 日	
		月 日	

受講者名(変更後)	フリガナ	生年月日(西暦)
		年 月 日
		年 月 日
		年 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 ポリテクセンター滋賀 TEL077-537-1191 (訓練課事業主係)