

# 能力開発セミナー受講申込書

ポリテクセンター滋賀 訓練課事業主係 行 FAX.077-537-1299

滋賀職能大 学務援助課援助係 行 FAX.0748-31-2255

※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。オンライン申込みも可能です。**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『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のでご注意ください。**
- 申込後、都合により受講者を変更する場合は、まず、お電話にてご連絡いただき「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。
- ポリテクセンター滋賀が実施する生産性向上支援訓練のオープンコースへお申込みの方は、別途指定された受講申込書をご使用ください。



ポリテクセンター 申込



滋賀職能大 セミナー 申込

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)

※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】

法人名	法人番号 又は右のいずれか	<input type="checkbox"/> 1.団体 <input type="checkbox"/> 2.個人事業主
事業所名	※本社以外は、事業所名をご記入ください	
所在地	〒	業種 以下のリストから1つ選び、記号をご記入ください。(※3)
企業規模 (該当に☑印)	〒	所属団体 <例> ○○協会、○○組合 等
担当者 及び 連絡先	ふりがな	TEL
	氏名	FAX
	所属部署	E-mail

- ※3 【業種リスト】 A.農業、林業 B.漁業 C.鉱業、採石業、砂利採取業 D.建設業 E.製造業 F.電気・ガス・熱供給・水道業 G.情報通信業  
H.運輸業、郵便業 I.卸売業、小売業 J.金融業、保険業 K.不動産業、物品賃貸業 L.学術研究、専門・技術サービス業 M.宿泊業、飲食サービス業  
N.生活関連サービス業、娯楽業 O.教育、学習支援業 P.医療、福祉 Q.複合サービス事業 R.サービス業 S.公務 T.分類不能の産業

【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または E-mail	

### 【個人情報取り扱いについて】

- (1) 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。  
(2) 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業務統計、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、申込担当者様あてに送付します。

お問い合わせ先    ポリテクセンター滋賀 訓練課事業主係    滋賀職能大 学務援助課援助係  
TEL.077-537-1191    TEL.0748-31-2252

※本申込書は公式Webサイトからダウンロードできます。

(コピーしてご使用ください)

## 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

ポリテクセンター滋賀 訓練課事業主係 行 FAX.077-537-1299

申込担当者の連絡先をご記入ください。

企業名	TEL	所属	TEL	生年月日(西暦)	就業状況 ※1 (該当に○印)
担当者	FAX	氏名	FAX	年月日	正社員・非正規雇用 その他(自営業等)

※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) コース開講日の2週間前の同曜日までにキャンセルの届出がない場合、**受講料の全額**を負担していただく事となりますのでご注意ください。  
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	変更前 受講者氏名	変更後 生年月日(西暦)	就業状況 ※1 (該当に○印)
		/ ~ /	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】

- (1) 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。  
(2) 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業務統計、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、申込担当者様あてに送付します。

※本届は公式Webサイトからダウンロードできます。

お問い合わせ先  
ポリテクセンター滋賀 訓練課事業主係  
TEL.077-537-1191

お問い合わせ先  
滋賀職能大 学務援助課援助係  
TEL.0748-31-2252

機構処理欄