

令和6年度 能力開発セミナー 受講申込書



ポリテクセンター静岡(静岡市)

FAX:054-285-5192

〒422-8033 静岡市駿河区登呂3-1-35



ポリテクカレッジ浜松(浜松市)

FAX :053-441-9495

〒432-8053 浜松市中央区法枝町693

※該当する会場にチェック☑をつけてFAX又は郵送してください。

次のセミナーコースについて、**受講対象者(受講要件)**及び訓練内容を**確認の上**、受講を申込みます。

コース番号	コース名	コース開始日	ふりがな		性別	就業状況	生年月日
			受講者名				
		/			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日
		/			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日
		/			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日
		/			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日
		/			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他	西暦 年 月 日

申込区分 会社からの派遣(※1) 個人の自己受講

申込コースの訓練内容に関する経験・技術等(※2)

上記の内容で受講票及び修了証書を発行しますので、FAX送信前に再度、お名前の漢字と生年月日のご確認をお願いします。
1企業から1コースに定員の半数以上の申込みがある場合、人数の調整をお願いすることがあります。

申込担当者 (受講票等送付先)	ふりがな		
	企業名 ※個人の方は氏名		事業所名
	所在地 ※個人の方は住所	〒 - ※請求書宛名は会社へ送付の場合は会社名、ご自宅へ送付の場合は個人名となります。	
	TEL		所属部署
	FAX		役職
			ふりがな 氏名
業種	<input type="checkbox"/> 非鉄金属製造業 <input type="checkbox"/> 金属製品製造業 <input type="checkbox"/> 一般機械器具製造業 <input type="checkbox"/> 電気機械器具製造業 <input type="checkbox"/> 情報通信機械器具製造業 <input type="checkbox"/> 電子部品・デバイス製造業 <input type="checkbox"/> 輸送用機械器具製造業 <input type="checkbox"/> 精密機械器具製造業 <input type="checkbox"/> その他の製造業() <input type="checkbox"/> 建設・設備工事業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> その他()		
従業員数	<input type="checkbox"/> A.1~29人 <input type="checkbox"/> B.30~99人 <input type="checkbox"/> C.100~299人 <input type="checkbox"/> D.300~499人 <input type="checkbox"/> E.500~999人 <input type="checkbox"/> F.1000人~		
所属団体名(※3)			
今回申込みいただいたコースはどのようにして知りましたか？	<input type="checkbox"/> セミナーガイド <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> 当機構ホームページ <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> 機構職員からの紹介 <input type="checkbox"/> 所属団体からの紹介 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> その他()		
通信欄			

受講対象者については、セミナーガイド各コースの「受講対象者欄」をご覧ください。

※1 申込区分の「会社からの派遣」を選択された場合は、受講者が所属する会社の代表者の方(事業主、工場長等)にアンケート調査への協力をお願いしております。

※2 訓練を進める上での参考とさせていただきますため、今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講履歴等をお持ちの方は、差支えない範囲でご記入ください。

(例: 切削加工の作業に約5年間従事)

※3 企業で所属している団体がございましたら、ご記入ください。(例: ○○協会の、○○協同組合、○○工業団地、○○工業会、○○商工会議所等)

※4 申込後の内容変更・受講取消はお早めにお知らせください。受講料の返金はコース開始日7日前(土日・祝日を含む)まで受付いたします。

※5 受講取消のご連絡が無かった場合や、コース開始日7日前(開始日当日は含めません)を過ぎてからの受講取消は、受講料を全額ご負担いただきます。

※6 訓練内容等のご不明な点、あるいは安全面・健康上においてご不安な点などございましたら、予めご相談ください。

●本申込書が当施設に到着後、受講の可否についてご連絡いたします。※送信後、3日以内に連絡がない場合は、電話にてお問合せください。

※保有個人情報保護について

○ 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いたします。

○ 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)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内に使用するためであり、それ以外に使用することはありません。申込区分欄の会社からの派遣を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

受付日	/	記帳	/	入力	/	受付No.		処理者	
-----	---	----	---	----	---	-------	--	-----	--