

※コピーしてご利用ください。

申請日 令和 年 月 日

令和5年度 能力開発セミナー 受講変更届

ポリテクセンター静岡(静岡市)
FAX:054-285-5192

ポリテクカレッジ浜松(浜松市)
FAX:053-441-9495

※該当の実施会場にチェック☑をつけてFAXしてください。

変更する箇所にチェックをつけてください。

受講者変更 受講者の変更は、コース開始日前日まで受付しております。

受講日程変更 受講日程の変更は、コース開始日7日前(土日・祝日を含む)まで受付しております。

1 変更理由

--

2 変更前

コース番号	コース名	コース開始日	受講者名

3 変更後 (変更部分のみの記入をお願いします。)

コース番号	コース名	コース開始日	受講者名(ふりがな)	性別	就業形態	生年月日
			()	男・女	正社員 非正規雇用 その他	※西暦でご記入ください。 年 月 日
			()	男・女	正社員 非正規雇用 その他	※西暦でご記入ください。 年 月 日
			()	男・女	正社員 非正規雇用 その他	※西暦でご記入ください。 年 月 日

【申請者】

企業名	
所属部署	
ふりがな	
氏名	
TEL	
FAX	

※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ものであり、それ以外に使用することはありません。

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