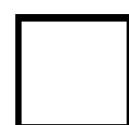


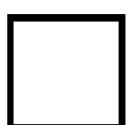
令和8年度 能力開発セミナー 受講者変更届



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。

受講申込済みの能力開発セミナーコースについて、下記のとおり受講者変更を届出ます。

1 受講者変更の内容

コース番号	コース名		⇒	変更後	
	コース開始日	受講者名 (変更前)		(ふりがな) 受講者名	就業状況
			⇒	()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>
				()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>
			⇒	()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>
				()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>
			⇒	()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>
				()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 <input type="checkbox"/> その他 <small>西暦 年 月 日</small>

2 申請者

法 人 名	
事 業 所 名	
所 属 部 署	
ふ り が な	
氏 名	
T E L	
F A X	

○受講者の変更は、コース開始日前日まで受け付けております。

※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	
-----	---	----	---	----	---	-------	--	-----	--