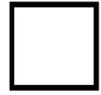
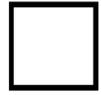


令和7年度 能力開発セミナー 受講申込書



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	フリガナ			
			<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	正社員	西暦
			<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	非正規雇用	年 月 日
			<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	正社員	西暦
			<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	非正規雇用	年 月 日
			<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	正社員	西暦
			<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	非正規雇用	年 月 日
			<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	正社員	西暦
			<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	非正規雇用	年 月 日
			<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	正社員	西暦
			<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	非正規雇用	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		
	法人名 ※個人の方は氏名		事業所名
	法人番号	(法人番号がない場合は、以下の該当にチェック) <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 個人	
	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	
業種	<input type="checkbox"/> A.農業、林業 <input type="checkbox"/> B.漁業 <input type="checkbox"/> C.鉱業、採石業、砂利採取業 <input type="checkbox"/> D.建設業 <input type="checkbox"/> E.製造業 <input type="checkbox"/> F.電気・ガス・熱供給・水道業 <input type="checkbox"/> G.情報通信業 <input type="checkbox"/> H.運送業、郵便業 <input type="checkbox"/> I.卸売業、小売業 <input type="checkbox"/> J.金融業、保険業 <input type="checkbox"/> K.不動産業、物品賃貸業 <input type="checkbox"/> L.学術研究、専門・技術サービス業 <input type="checkbox"/> M.宿泊業、飲食サービス業 <input type="checkbox"/> N.生活関連サービス業、娯楽業 <input type="checkbox"/> O.教育、学習支援業 <input type="checkbox"/> P.医療、福祉 <input type="checkbox"/> Q.複合サービス事業 <input type="checkbox"/> R.サービス業 <input type="checkbox"/> S.公務 <input type="checkbox"/> T.分類不能の産業		
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~		
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			所属団体名(※3)

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ご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。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、差し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ありましたら、ご記入ください。(例:〇〇協会の、〇〇協同組合、〇〇工業団地、〇〇工業会、〇〇商工会議所等)
- ※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。受講料の返金は開講日の7日前(土日・祝日を含む)まで受け付けいたします。
- ※5 受講取消のご連絡がなかった場合や、開講日の7日前(土日・祝日を含む)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等ございましたら、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日以内にご連絡がない場合は、電話でお問合せください。

※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ものであり、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	
-----	---	----	---	----	---	-------	--	-----	--