

## 令和7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<br>(変更前) |   | (ふりがな)<br>受講者名 | 性別   | 就業状況  |
|       |        |               | ⇒ | ( )            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用<br><input type="checkbox"/> その他<br>西暦 年 月 日 |
|       |        |               | ⇒ | ( )            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用<br><input type="checkbox"/> その他<br>西暦 年 月 日 |
|       |        |               | ⇒ | ( )            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用<br><input type="checkbox"/> その他<br>西暦 年 月 日 |
|       |        |               | ⇒ | ( )            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規雇用<br><input type="checkbox"/> その他<br>西暦 年 月 日 |

### 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 |  |
|-----|---|----|---|----|---|-------|--|-----|--|