

能力開発セミナー受講申込書

ポリテクセンター徳島 行
(FAX:088-654-5103)

申し込み日:令和 年 月 日

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件(ある場合のみ)を確認の上、申し込みます。太枠内をご記入ください。

受講区分		1. 会社からの指示による受講(※1)		2. 個人での自己受講		
勤務先等	会社名				業種	
	所在地 (個人での自己受講の場合は、ご自身の所在地および連絡先)	〒				
	申込担当者名 (会社からの指示による受講の場合のみ)	TEL:	FAX:		部署	
	会社規模	A. 1~29人	B. 30~99人	C. 100~299人	D. 300~499人	E. 500~999人

※1 受講区分の「1. 会社からの指示による受講」を選択された場合は、後日、受講者の所属する会社の担当者の方あてに、アンケート調査へのご協力をお願いしております。

○今後、当センターの能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内を希望しますか。

 希望する 希望しない

コース番号	コース名	受講者名	性別	訓練に関連する経験・技能等(※2)	就業状況(※3) (該当に○印)
		ふりがな	男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
		西暦 年 月 日生			
		ふりがな	男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
		西暦 年 月 日生			
		ふりがな	男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
		西暦 年 月 日生			

※2 訓練を進める上での参考とさせていただくため、今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は、差し支えない範囲でご記入下さい。(例:切削加工の作業に約5年間従事)

※3 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差し支えありません。

[連絡事項]

- 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。
- 受講料のお振込は、**当センターからの案内後**、開講日の3営業日前までに指定口座へお願いします。なお、開講日の3営業日前までに取消しのご連絡がない場合は、受講料を全額ご負担頂くこととなりますので予めご了承ください。
- 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、あらかじめご相談下さい。