

年 月 日

受講申込書

変更

ポリテクセンター鳥取 FAX 0857-52-8784

次のコースについて、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。

コース番号	研修コース名	開講日(初日)
		月 日 ( )

フリガナ 受講者氏名	訓練コースに関連する 経験・技能等(※1)	生年月日(西暦)	就業状況 (該当番号に○)
		年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)
		年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)
		年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)
		年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)
		年 月 日生	1.正社員 2.非正規社員 3.その他(自営業等)

勤務先	会社名			従業員数	①1人～29人 ②30人～99人 ③100人～299人 ④300人～499人 ⑤500人～999人 ⑥1000人以上 (該当するところを○で囲んでください。)	
	所在地	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]			業種	
	(※受講票/請求書等を郵送させていただきます。)				所属団体名	
	TEL			FAX		
	申込担当者	【申込担当者職氏名】		【所属部署】		
			【連絡先 TEL】			
	Eメールアドレス					

個人連絡先	住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] (※個人でお申し込みの場合のみ必ず記入してください。) (※受講票/請求書等を郵送させていただきます。)			
	TEL			FAX	
	Eメールアドレス				

【必須】受講区分(※2)

会社	個人
----	----

受講料請求書のあて名について、「会社」、「個人」の該当する区分を○で囲んでください。

※1 訓練を進める上での参考とさせていただくため、今回受講する訓練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ください。(例:切削加工の作業に約5年間従事)

※2 受講区分の「会社」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、営業所長、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。

(注1) 受講の取消し、受講者の変更等もこの申込書をご利用ください。

(注2) 訓練内容等について、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、あらかじめご相談ください。

(注3) 受講料は、該当コース開始前日の正午までにお振り込み下さい。

(注4) 訓練実施7日前までに、キャンセル等のご連絡がないときは、受講料の返還はいたしかねます。

(注5) 期日(注4)までに、お振込の出来ない企業様は、別途『在職者訓練受講料等の納付に関する確約書』の提出をお願いさせていただきます

(注6) 上記(注5)の期日を過ぎた後にキャンセルされ、キャンセルされた時点でお振込がされていない場合は、お振込みをお願いさせていただきますので、予めご了承願います。

当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

○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在職者訓練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、当機構の在職者訓練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。受講区分欄の「会社」を選択されたときは、申込担当者様あてに送付いたします。

●今後、在職者訓練コースや関連するイベント等の案内を希望しますか。 □希望する。 □希望しない。

事務処理欄  
(記入しないで下さい。)

■ 入力 / 記帳 /