

年 月 日

受講申込書	変更
	取り消し

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	

【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。

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 /