

[令和5年度]

能力開発セミナー受講申込書

令和 年 月 日

北陸職業能力開発大学校長 殿

次のセミナーについて、訓練内容と「受講申込みのご案内」を確認の上、申込みます。
(太枠内のみ記入してください。)

コース番号	コース名	受講開始日	受講者氏名 ふりがな 生年月日	就業状況(※1) (該当に○印)
		/	(男・女) 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)
		/	(男・女) 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)
		/	(男・女) 西暦 年 月 日生	1 正社員 2 非正規雇用 3 その他 (自営業等)
コースに関連する経験・技能・技術等(※2)				

【受講票等送付先】

所在地 (個人の方は住所)	〒	TEL	
		FAX	
会社名 (個人の方は氏名)		業種	
		所属団体名	
申込担当者名 及び連絡先	氏名	所属部課・役職名	
		TEL	
企業規模(該当に○)	A. 1~29人 B. 30~99人 C. 100~299人 D. 300~499人 E. 500~999人 F. 1,000人以上		
受講区分(該当に○)	1. 会社からの指示による受講(※3) 2. 個人での自己受講		

※1 受講者の就業状況について、1 正社員 2 非正規雇用(パート、アルバイト、契約社員等) 3 その他(自営業等)の中から一つ選択してください。なお、2 非正規雇用については、さまざまな呼称があるため貴社の判断で差し支えありません。
※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)
(注) 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。
※3 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、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。

- ご記入いただいた個人情報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)及び個人を特定しない統計処理に利用させていただきます。
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「独立行政法人等の個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第59号)を遵守し、保有個人情報保護を適切に管理し、個人の権利利益を保護します。当機構では、必要な個人情報を、利用目的の範囲内で利用させていただきます。

【送信先 FAX 0765-24-4770】 (セミナーチラシ用)

北陸職業能力開発大学校 地域支援センター

〒937-0856 富山県魚津市川縁1289-1 TEL 0765-24-2204 (直通)