

能力開発セミナー受講申込書

年 月 日

開催会場 (申込先)	ポリテクセンター沖縄 TEL 098-936-9222 FAX 098-936-1853 メール okinawa-poly02@jeed.go.jp
---------------	---

次のセミナーについて、訓練内容と受講要件を確認の上、申し込みます。

コース番号		コース名	
実施日			

受講区分 (該当に○印)	1. 会社からの指示による受講 2. 個人での自己受講 (所在地・連絡先をご記入ください。)
--------------	---

勤務先等	法人番号												業種		
	法人名													法人番号がない場合は、以下の該当に○印 1. 団体 2. 個人事業主 3. 個人	
	事業所名														
	所在地	〒 -													
	連絡先	TEL						FAX							
	申込担当者名							部署							
	会社規模	A. 1~29 B. 30~99 C. 100~299 D. 300~499 E. 500~999 F. 1,000人以上													

※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。

※2 業種は、以下の20種のうち該当するものを1つ選んでください。

- A. 農業、林業 B. 漁業 C. 鉱業、採石業、砂利採取業 D. 建設業 E. 製造業 F. 電気・ガス・熱供給・水道業 G. 情報通信業 H. 運輸業、郵便業
I. 卸売業、小売業 J. 金融業、保険業 K. 不動産業、物品賃貸業 L. 学術研究、専門・技術サービス業 M. 宿泊業、飲食サービス業
N. 生活関連サービス業、娯楽業 O. 教育、学習支援業 P. 医療、福祉 Q. 複合サービス事業 R. サービス業 S. 公務 T. 分類不能の産業

	受講者名・生年月日				性別	訓練に関する経験・技能等 (※3)	就業状況 (※4) (該当に○印)
1	ふりがな				男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
	生年月日	西暦	年	月 日生			
2	ふりがな				男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
	生年月日	西暦	年	月 日生			
3	ふりがな				男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
	生年月日	西暦	年	月 日生			
4	ふりがな				男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
	生年月日	西暦	年	月 日生			
5	ふりがな				男女		1. 正社員 2. 非正規雇用 3. その他(自営業等)
	生年月日	西暦	年	月 日生			

※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。

※4 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)

◆開講の2週間前までにお申込みください。申込期限を過ぎた場合は、お問い合わせください。

◆同一コース名のセミナー内容は同じです。(1コース完結)

◆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明な点などございましたら、あらかじめご相談ください。

◆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利用させていただきます。