

# 職業能力開発セミナー受講申込書

受付番号No

令和 年 月 日

山梨県立就業支援センター所長 殿

|             |                               |                  |
|-------------|-------------------------------|------------------|
| 申<br>込<br>者 | 住所（事業所にあつては、所在地）<br>（〒 - ）    |                  |
|             | 氏名（事業所にあつては、名称及び代表者氏名）<br>㊦㊧㊨ |                  |
|             | 申込担当者氏名（事業所のみ）<br>㊦㊧㊨         | 従業員数（事業所のみ）<br>人 |
|             | 電話番号<br>(携帯： )                | FAX番号            |

次のコースを受講したいので申し込みます。

| コース名 | コース<br>番号 | この講座のテキストを<br>持っている・持っていない |
|------|-----------|----------------------------|
|------|-----------|----------------------------|

| 受講料<br>負担の別 | 個人・事業所<br>団体 | 受講人数<br>人 |
|-------------|--------------|-----------|
|-------------|--------------|-----------|

●個人で申し込む場合 ★過去に受講の申込をしたことが ある・ない

| 生年月日 | 年齢 | 性別 | 職種 | 勤務先会社名 | 従業員数<br>人 |
|------|----|----|----|--------|-----------|
|------|----|----|----|--------|-----------|

●事業所・団体で申し込む場合 ★過去に受講の申込をしたことが ある・ない

| 受講者名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 現住所 | 職種 |
|------|----|------|----|-----|----|
| ㊦㊧㊨  |    | TEL  |    | 〒   |    |
| ㊦㊧㊨  |    | TEL  |    | 〒   |    |
| ㊦㊧㊨  |    | TEL  |    | 〒   |    |
| ㊦㊧㊨  |    | TEL  |    | 〒   |    |

※ FAXで受講の申し込みをされた方は、必ず申し込み施設へ電話での確認をお願いします。

※ 受講申込書の受付は、講座開始日の2ヶ月前からです。

※ ご記入いただいた個人情報、講座の管理・運営以外の目的には利用致しません。