**ＦＡＸ：０８９-９７２-０９５９**※コピーしてご使用ください。

能力開発セミナー受講申込書

申込日：　　　　年　　月　　日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構　愛媛支部

　　　　　　　　　　　　愛媛職業能力開発促進センター所長　殿

訓練内容と受講要件（ある場合のみ）を確認の上、下記の通り能力開発セミナーを申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講区分（※） | □ 会社からの指示による受講　　 □ 個人での受講 |
| 会社名 |  |
| 業種 |  | 所属団体 |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 申込担当者 | 氏　名 |  | 所　属 |  |
| 従業員数 |  □1～29人　□30～99人　□100～299人　□300～499人　□500～999人　□1000人以上 |

※受講区分の「会社からの指示による受講」を選択された場合は、後日、受講者の所属する会社の担当者の方あてに、アンケート調査への協力をお願いしております。

※受講区分の「個人での受講」を選択された場合は、ご自身の「住所」、「連絡先」を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| コース番　号 | コース名 | 受講者名 | 性別 | 生年月日（西暦） | 就業状況（※）１該当に○印 | 訓練に関する経験・技能等（※）２ |
|  |  | フリガナ | 男女 | 　　　　年　　月　　日 | １・２・３ |  |
|  |
|  |  | フリガナ | 男女 | 　　　　年　　月　　日 | １・２・３ |  |
|  |
|  |  | フリガナ | 男女 | 　　　　年　　月　　日 | １・２・３ |  |
|  |
|  |  | フリガナ | 男女 | 　　　　年　　月　　日 | １・２・３ |  |
|  |
|  |  | フリガナ | 男女 | 　　　　年　　月　　日 | １・２・３ |  |
|  |

**※1**　**受講者の就業状況（１.正社員　２.非正規雇用　３.その他（自営業等））**

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。

※2訓練を進めるうえでの参考とさせていただくため、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ください（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、あらかじめご相談ください。

**【個人情報保護について】**

☆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「会社からの指示による受講」を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

2023\_EHIME\_GUIDE