**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：令和 　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、能力開発セミナーを申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講区分（該当に○印） | １．会社からの指示による受講（※１） | ２．個人での自己受講 |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 法人番号（※２） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （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 |
| 所在地 |  〒　　　　　－( ℡　　　－　　　－ 　　） ( FAX　　　－　　　－ 　　） | 申込担当者名 | ふりがな |
| 業種（※３） |  |
| 企業規模（該当に○印） | 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、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　国税庁法人番号公表サイト URL：<https://www.houjin-bangou.nta.go.jp/>

※３　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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（※４）（該当に○印） | 訓練に関する経験・技能等（※５） |
|  |  | ふりがな | 男女 | 　　　　　年　　月　　日 | １ ・ ２ ・ ３ |  |
|  |
|  |  | ふりがな | 男女 | 　　　　　年　　月　　日 | １ ・ ２ ・ ３ |  |
|  |
|  |  | ふりがな | 男女 | 　　　　　年　　月　　日 | １ ・ ２ ・ ３ |  |
|  |

**※４　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。

※５　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。

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１を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。

○ 今後、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内を希望しますか。

　　　□ 希望する □ 希望しない