

能力開発セミナー受講申込書

受付番号 _____

山梨県立就業支援センター所長 殿

次のコースを受講したいので申し込みます。

コース名		申込 年月日	平成 年 月 日
------	--	-----------	----------

↓ ①か②のどちらかにご記入ください。

①個人で申し込む場合(受講者本人が受講料を負担する)

住所	〒				
ふりがな 氏名				性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳	職種	
勤務先会社名 (パート・アルバイトも。 無職の場合は無と記入)			従業員数	人	
連絡先電話番号 (必ず記入)	昼 (自宅・勤務先・携帯)				
	夜 (自宅・勤務先・携帯)				

②事業所で申し込む場合(事業所が受講料を負担する)

事業所の住所	〒					
ふりがな 事業所名	ふりがな 申込担当者の氏名		従業員数	人		
事業所電話番号						
事業所FAX番号						
受講者	No.	ふりがな 受講者氏名	性別	生年月日	年齢	職種
	1		男・女		歳	
	2		男・女		歳	
	3		男・女		歳	
	4		男・女		歳	
	5		男・女		歳	

注1) 受講申込書の受付は、講座開始日の2カ月前からです。

注2) FAXで申込の場合は、送信後、確認の電話をしてください。FAX 055-251-3221 TEL 055-251-3210

注3) 記入して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しません。