

# 能力開発セミナー受講申込書

FAX：055-243-4919

電話：055-243-4916

受付番号 No. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

山梨県職業能力開発協会長 殿

次のコースを受講したいので申し込みます。

コース名	( 月 日開講)	コース番号	N-
------	----------	-------	----

事業所名		<input type="checkbox"/> 会 員	企業規模	<input type="checkbox"/> 大 企 業
所在地		<input type="checkbox"/> 会員外		<input type="checkbox"/> 中小企業
電話番号	申込責任者 (所属名) (氏名)			
FAX 番号				

※会員とは、山梨県職業能力開発協会の会員です。

不明の場合は、当協会にお問合せください。

※右の表で、A・Bの要件、どちらか一方でも満たしていれば  
中小企業です。表を参考に企業規模をつけてください。

区 分	A：資本金額	B：労働者数
工業・鉱業等	3億円以下	300人以下
卸 売 業	1億円以下	100人以上
小 売 業	5千万円以下	50人以上
サービス業	5千万円以下	100人以上

受 講 者 名	性 別	生年月日	現 住 所	電話番号	雇用保険番号 又は 労働保健番号 (労災)	職 種 役職名
-----	男 ・ 女		〒 -			
-----	男 ・ 女		〒 -			
-----	男 ・ 女		〒 -			
-----	男 ・ 女		〒 -			
-----	男 ・ 女		〒 -			

※ FAX で受講の申し込みをされる方は、電話での確認をお願いします。

※ ご記入いただいた内容については、講座の管理・運営以外の目的には使用いたしません。