

# 職業能力開発セミナー受講申込書

受付番号No

平成 年 月 日

山梨県立就業支援センター所長 殿

申 込 者	住所（事業所にあつては、所在地） （〒 - ）	
	氏名（事業所にあつては、名称及び代表者氏名） フリガナ	
	申込担当者氏名（事業所のみ） フリガナ	従業員数（事業所のみ） 人
	電話番号 (携帯： )	F A X 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	コース番号	この講座のテキストを 持っている・持っていない

受講料負担の別	個人・事業所 個人	受講人数 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 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
フリガナ		TEL		〒	
フリガナ		TEL		〒	
フリガナ		TEL		〒	
フリガナ		TEL		〒	

F A X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は、講座の管理・運営以外の目的には利用致しません。