

能力開発セミナー受講（事業主）申込書

年 月 日

北海道障害者職業能力開発校長 様

所在地 〒

事業所名称

代表者氏名

次のとおり、能力開発セミナーに従業員を受講させたいので申し込みます。

記

1	コース	短期課程（事務系テクノコース）		
2	訓練科	パソコン基礎科		
3	専攻科目	ビジネスアプリケーション基礎		
4	受講申込者数	名（下記名簿のとおり）		
5	テキスト代支払区分	事業所 ・ 個人 ※どちらかを○でお囲みください。		
事業所の概要	事業内容			
	担当者		従業員数	
	職（係）		電話（FAX）	
	氏 名			

受講者名簿

氏名 生年月日（年齢）	自宅住所			電話番号
	本籍地	職務内容	障害名（等級）	入社後年数
（フリガナ） 氏 名	郵便番号 〒	住所		電話番号
生年月日 S・H . . . （ 歳）	本籍地	職務内容	障害名（等級）	入社後年数 年 月
（フリガナ） 氏 名	郵便番号 〒	住所		電話番号
生年月日 S・H . . . （ 歳）	本籍地	職務内容	障害名（等級）	入社後年数 年 月
（フリガナ） 氏 名	郵便番号 〒	住所		電話番号
生年月日 S・H . . . （ 歳）	本籍地	職務内容	障害名（等級）	入社後年数 年 月
（フリガナ） 氏 名	郵便番号 〒	住所		電話番号
生年月日 S・H . . . （ 歳）	本籍地	職務内容	障害名（等級）	入社後年数 年 月

※意思疎通支援が必要な場合はご連絡ください。