

能力開発セミナー受講（個人）申込書

年 月 日

北海道障害者職業能力開発校長 様

本籍地（都道府県のみ）

現住所 〒 電話

（フリガナ）

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日（ 歳）

次のとおり、能力開発セミナーを受講し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

勤務先	事業所名	電話
	代表者名	従業員数 人
勤務先住所		
職務内容		
入社後年数	年 月	
資格・免許等 (受講に関する)	資格・免許の名称	取得年月日
障害の程度	障害名	種 級
意思疎通支援が必要な方はその方法を記入願います。		