

能力開発セミナー受講(事業主)申込書

平成 年 月 日

北海道立旭川高等技術専門学院長 様

〒

所在地

名称

代表者職氏名

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 セミナーコース _____ コース
 2 訓練科(専攻科目名) _____ 科()

事業所の概要	
事業内容	
主な生産品	
従業員数	電話 ()
担当者 所属・氏名	内線()
受験申込者	名 (受講者名簿添付)

受講者名簿

	ふりがな	住 所		備 考
	氏 名	生年月日(歳)	本籍(都道府県)	関連職種の延べ経験年数
	職務内容	入社後年数	職業訓練歴(訓練施設名・訓練科名・修了年月)	
1	(ふりがな) (氏名) 男・女	〒(住所) 平成・昭和 年 月 日(歳)	(都道府県名)	備考 年 月
	(職務内容)	年 月	(訓練施設名)	(訓練科名) (修了年月)
2	(ふりがな) (氏名) 男・女	〒(住所) 平成・昭和 年 月 日(歳)	(都道府県名)	備考 年 月
	(職務内容)	年 月	(訓練施設名)	(訓練科名) (修了年月)
3	(ふりがな) (氏名) 男・女	〒(住所) 平成・昭和 年 月 日(歳)	(都道府県名)	備考 年 月
	(職務内容)	年 月	(訓練施設名)	(訓練科名) (修了年月)

かい書で丁寧に記入ください。特に氏名など、受付登録に間違いがないようご協力ください
 関連職種の延べ経験年数には、セミナーと関連する事業所勤務の総期間をご記入ください。

郵送先住所及び連絡先

〒097-8558 稚内市末広4丁目2番27号 宗谷合同庁舎4階 北海道立旭川高等技術専門学院 稚内分校 訓練担当あて
 電話 0162-33-2636 FAX 0162-32-0405