

## 能力開発セミナー受講(個人)申込書

平成 年 月 日

北海道立旭川高等技術専門学院長 様

本 籍(都道府県名)

郵便番号

現住所 〒

T E L

(フリガナ)

氏 名 男・女

生年月日 平成・昭和 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( \_\_\_\_\_ )

勤 務 先	会社名	_____ (Tel _____)	
	所在地	〒 _____	
	職務内容	_____	
	企業規模	_____ 人	
	入社後年数	_____ 年 _____ ヶ月	
資格・免許等		資格・免許等の名称	取得年月日
		_____	_____
関連職種の延べ経験年数		_____ 年 _____ ヶ月	
職業訓練歴		訓練施設名	_____
		訓練科名	_____
		修了年月	平成・昭和 _____ 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