

能力開発セミナー受講申込書

受付番号 No. _____
 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

《受講申込書の受付は、講座開始日の2ヶ月前からです。》

- 山梨県立 産業技術短期大学校長（塩山キャンパス） 殿
 産業技術短期大学校長（都留キャンパス）
 峡南高等技術専門学校長
 就業支援センター所長

申 込 者	住 所（事業所にあつては、所在地） （〒 400-8501） 甲府市丸の内1-6-1	
	氏 名（事業所にあつては、名称および代表者氏名） フリガナ ヤマナシ タロウ 山梨 太郎	
	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 （携帯電話： _____）	FAX番号
	E-Mail	

次のコースを受講したいので申込みます。

コース名	ワード基礎（第1回）	コース 番号	SEE-4
------	------------	-----------	-------

受講料負担の別	個人・事業所	受講人数	人	指定テキスト 所有の有無	どちらかに○印をつけてください。 有 ・ 無
---------	--------	------	---	-----------------	---------------------------

●個人で申込みの場合 ★過去に受講の申込みをしたことが ある・ない

生年月日	年 齢	性 別	職 種	勤務先会社名	従業員数
平成○年○月○日	○歳	男・女	製造業	株式会社○○	○人

●事業所で申込みの場合 ★過去に受講の申込みをしたことが ある・ない

受講者氏名	生年月日	年齢	性 別	現 住 所	職 種
フリガナ			男・女	(〒 -)	
フリガナ			男・女	(〒 -)	
フリガナ			男・女	(〒 -)	
フリガナ			男・女	(〒 -)	

- ※ FAXで受講の申込みをされた方は、必ず申込み施設へ電話での確認をお願いします。
- ※ 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いたしません。
- ※ 定員に達した時点で締め切りますが、受付開始日に申込者が定員を超えた場合、この日の申込者全員について抽選で受講者を決定します。