

FAX送付先 029-226-4705

(申込先) 茨城県職業能力開発協会 行

職業能力開発推進者講習・推進者経験交流プラザ受講申込書

平成 29 年 2 月 24 日（金）に開催の標記講習の受講を申込みします。

申込日：H29 年 月 日

会社・事業所名			
住 所	〒 -		
電 話 番 号	()	FAX 番号	()
参加者氏名	ふりがな	役 職 名	備 考
			推進者 <input type="checkbox"/>
			推進者 <input type="checkbox"/>
<p>・ 申込者が職業能力開発推進者の場合、備考欄にチェックを入れてください。 尚、推進者に変更がある場合は担当までご連絡ください。 ・ 定員を 100 名とし先着順で締め切らせて頂きます。ご了承ください。 ・ 申込みを頂いた方には受講票をお送りします。届かない場合はご連絡ください。</p>			

〔個人情報（会社情報）の取り扱いについて〕

ご記入頂きました個人情報につきましては、「個人情報保護法」に基づき、職業能力開発推進者講習に必要となる範囲内で利用し、厚生労働省、中央職業能力開発協会、各都道府県職業能力開発サービスセンターが利用させて頂く場合があります。

講習において、必要な範囲内で記載の個人情報の一部を参加者の方々に明らかにさせて頂く場合がありますので、不都合な方は事前に主催者あてにお申し出ください。

お問合せ・お申込み先

茨城県職業能力開発協会（茨城職業能力開発サービスセンター）

電話 029-221-8647 FAX 029-226-4705

担当：植村・雲井