

能力開発セミナー受講申込書(山梨県職業能力開発協会)

FAX:055-243-4919

電話:055-243-4916

山梨県職業能力開発協会 行

次のコースを受講したいので申込みます。

受入日	年	月	日
受入金額	円		
受入処理	振込	現金	

コース名	リーダーシップ・マネジメント研修 (月 日開講)
------	------------------------------

※事業所名は必ず記入してください。

事業所名	〒	—	☐ 会員 ☐ 会員外	企業規模 ☐ 大企業 ☐ 中小企業
所在地				
電話番号	申込み責任者(所属名) (氏名)			
FAX番号	E-mail:			
お支払方法 (どちらかに○)	銀行振込 (受講日前日までにお振込み)		現金 (受講日当日にご持参)	

※会員とは、山梨県職業能力開発協会の会員です。

不明の場合は、当協会にお問い合わせください。

※右の表で、A・Bの要件、どちらか一方でも満たしていれば

中小企業です。表を参考に企業規模欄をつけてください。

区分	A:資本金額	B:労働者数
工業・鉱業等	3億円以下	300人以下
卸売業	1億円以下	100人以下
小売業	5千万円以下	50人以下
サービス	5千万円以下	100人以下

ふりがな 受講者名	性別	生年月日 (和暦)	雇用保険 被保険者番号 (4-6-1桁)	職種 役職名
	男・女	S・H 年 月 日	— —	
	男・女	S・H 年 月 日	— —	
	男・女	S・H 年 月 日	— —	
	男・女	S・H 年 月 日	— —	
	男・女	S・H 年 月 日	— —	

※FAXで受講の申込みをされる方は、電話での確認をお願いします。

※ご記入いただいた内容は、訓練の管理・運営以外の目的には使用いたしません。