

(申込者多数の場合はコピーしてご使用下さい)

受講申込書

FAX:029-226-4705 または Eメール:kunren@ib-syokkyo.com まで

茨城県職業能力開発協会 あて		申込日	令和 年 月 日
希望セミナー	※日程 月 日	※セミナー名	
会社・団体名			<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 茨城県職業能力開発協会会員
所在地	〒 ー ※受講票等の送付先をご記入ください		
連絡ご担当者名		連絡ご担当者 所属(部・課)	
TEL		FAX	
連絡ご担当者 E-mail		請求書宛名	<input type="checkbox"/> 勤務先宛 <input type="checkbox"/> その他 ()

ふりがな 受講者氏名	所属部署・役職名	性別	年齢
.....		男・女	歳

お知らせの 送付	今後、茨城県職業能力開発協会からのお知らせをお送りしてよろしいでしょうか？いずれかに「レ」をお願いします。 <input type="checkbox"/> 既に登録済み <input type="checkbox"/> 郵送(FAX 含)・メール共に可能 <input type="checkbox"/> 郵送(FAX 含)のみ可 <input type="checkbox"/> メールのみ可 <input type="checkbox"/> 郵送(FAX 含)・メール共に不可
-------------	---

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただきました個人情報については、受講票・請求書の送付及び講師への参照以外の目的には使用いたしません。適切に管理を行い、特段の事情が無い限り本人の同意を得ず第三者への開示提供は行ないません。

ご 注 意

1. 受講申し込みは開講1週間前までに、FAX またはメールにてご連絡をお願いいたします。
2. 申込後1週間以内に受理確認のご連絡をいたします。連絡がない場合にはご連絡下さい。
3. 定員が一定に満たない場合等はセミナーを中止または変更させていただく場合がございますのであらかじめご了承下さい。

【お申し込み・お問合せ先】

茨城県職業能力開発協会 (〒310-0005 水戸市水府町 864-4 茨城県職業人材育成センター内)
TEL 029-221-8647 FAX 029-226-4705