（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 |  | □ 一　　般□ 茨城県職業能力開発協会会員 |
| 所在地 | 〒　 　　－　　　　　※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 | □　勤務先宛□　その他（　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属部署・役職名 | 性別 | 年齢 |
|  |  | 男　・　女 | 　　歳 |
|  |
|  |  | 男　・　女 | 　　歳 |
|  |
|  |  | 男　・　女 | 　　歳 |
|  |
|  |  | 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。□既に登録済み□郵送（FAX含）・メール共に可能　　□郵送（FAX含）のみ可　　□メールのみ可　　　□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