スキルアップ講座　受講申込書

申込日：令和６(2024)年　　月　　日

長野県佐久技術専門校長　様

以下のとおり、産業人材カレッジ　スキルアップ講座の受講を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講を希望する講座の名称 | 基礎から学ぶリレーシーケンス制御講座 |
| いずれかに☑をしてください。 |
| **□企業や団体等経由で申し込みます。**（受講案内等の送付先は、企業や団体等の申込み部署宛になります。受講料も一括で納付いただきます。請求先会社が受講申込会社と異なる場合は、その旨明記ください。） | **□個人で申し込みます。****在職中の方は☑を入れてください。□在職中**（受講案内等の送付は、お申込み者個人の住所宛にお送りします。受講料も個人毎に納付いただきます。） |

＊＊＊＊　お願い　＊＊＊＊

お申し込み後数日経っても当校から「申込受付」の連絡がない場合は、**受付されていない可能性**がありますので、お手数ですが当校にご連絡をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 企業・団体名 |  |
| 同上　概要　分類 | □建設業、□製造業、□卸売・小売業、□金融・保険業、□サービス、□その他 |
| 主な業務内容 |  |
| 同上　従業員規模 | □29人以下、□99人以下、□299人以下、□499人以下、□999人以下、□1,000人以上(本社・工場等を含めた全社規模でご記入ください) |
| 所在地／住所 | 〒 |
| 申込み担当者 | 氏名 |  | 部署 |  |
| 代表電話番号 |  | 直通電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |

受講申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 所属部署 | 生年月日 | 備考 |
| 氏名 |
|  |  | 昭和・平成・西暦　　　　年　　 月　　 日 | テキスト取次□要　□否 |
|  |
|  |  | 昭和・平成・西暦　　　　年　　 月　　 日 | テキスト取次□要　□否 |
|  |
|  |  | 昭和・平成・西暦　　　　年　　 月　　 日 | テキスト取次□要　□否 |
|  |
|  |  | 昭和・平成・西暦　　　　年　　 月　　 日 | テキスト取次□要　□否 |
|  |
|  |  | 昭和・平成・西暦　　　　年　　 月　　 日 | テキスト取次□要　□否 |
|  |

**生年月日は、修了証書／受講証の交付に必要となりますので、忘れずにご記入ください。**

**ご記入いただいた個人情報は、当該講座の開催と、当校からのご案内に限り使用します。**