

テクノ講座受講申込書

高等職業技術専門校長  
大阪障害者職業能力開発校長 様

年 月 日

下記事項に同意の上、テクノ講座を受けたいので、申込みます。

記

1. 故意に高等職業技術専門校等の設備又は物品を亡失、損傷及び外部に持ち出さない。  
2. 講座の秩序を乱し、他の受講者に迷惑をかける等講座の続行に支障をきたす行いはしない。

|                |                                                                                                     |                                                                            |                                     |        |       |        |  |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------|-------|--------|--|
| コース名           | データベースソフト基礎                                                                                         |                                                                            | コースコード                              | S-13   | 講座開始日 | 11月29日 |  |
| 氏 名            | (フリガナ)                                                                                              |                                                                            | 電話 (平日昼間に連絡が取れる番号)                  |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            | - -                                 |        |       |        |  |
| 住 所            | 〒 -                                                                                                 |                                                                            | メールアドレス                             |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            | FAX                                 |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            | - -                                 |        |       |        |  |
| 住 所            | (フリガナ)                                                                                              |                                                                            |                                     |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            |                                     |        |       |        |  |
| 生年月日           | 年 月 日                                                                                               |                                                                            | 年 齢                                 | 歳      | 性 別   |        |  |
| 勤務先の就業形態及び従業員数 | 就業形態 (下記番号選択)                                                                                       |                                                                            | 従業員数 (下記番号選択)                       |        |       |        |  |
|                | 1: 正社員                                                                                              |                                                                            | 1: 1~29人 2: 30~99人 3: 100~299人      |        |       |        |  |
|                | 2: 非正規社員                                                                                            |                                                                            | 4: 300~499人 5: 500~999人 6: 1,000人以上 |        |       |        |  |
| 3: その他         |                                                                                                     | ※自営業の方で従業員がいない場合は「1」を記入してください。                                             |                                     |        |       |        |  |
| 受講経費の負担者       | ※いずれかに○をつけてください。<br>受講者・企業 ※受講経費を企業が負担する場合は、受講決定通知書及び事後アンケート等を企業に郵送しますので、 <u>下段の勤務先も必ず記入してください。</u> |                                                                            |                                     |        |       |        |  |
|                | 勤務先                                                                                                 | 名称                                                                         | (フリガナ)                              |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            |                                     |        |       |        |  |
|                |                                                                                                     | 所在地等                                                                       | 〒 -                                 | 電話     | - -   |        |  |
|                |                                                                                                     |                                                                            |                                     | (フリガナ) |       |        |  |
| その他            |                                                                                                     | メールアドレスをご記入いただいた方に、不定期で今後開講予定の講座案内メールを配信しております。配信を希望される方は「希望する」に○をつけてください。 |                                     |        |       | 希望する   |  |

※上記の太線枠内は、必ず記入してください。

【障がい等により受講にあたって配慮を求めたい事項】

- ◆受講にあたり施設に配慮を求めたい事項などがありましたら、ご相談させていただきたいと思いますので、ご記入ください。※実施施設 (校) の状況で、お求めのすべてに対応できない場合があります。

|  |
|--|
|  |
|--|

- ◆障がいのある方対象の講座 (コースコードが「S」で始まる講座) をお申し込みの方は、以下も必ずご記入ください。

|                                      |                                           |                               |       |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| 所持している障がい者手帳等<br>(いずれかに○をつけてください)    | 身体障がい者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障がい者保健福祉手帳<br>その他 ( ) |                               |       |
| 車いすの利用<br>(いずれかに○をつけてください)           | 有 ・ 無                                     | 手話通訳利用の希望<br>(いずれかに○をつけてください) | 有 ・ 無 |
| 着信確認の返信のFAXを希望される方は「希望する」に○をつけてください。 |                                           |                               | 希望する  |

注) ご記入いただいた個人情報は、講座に関する連絡、今後開講予定の講座案内メールの配信 (希望者のみ)、企業向け事後アンケートの送付のみに使用いたします。なお、性別・勤務先の就業形態・従業員数については、講座の利用状況の把握及び国への報告のみに使用いたします。記入の方法で、ご不明な点がある場合は、申込み先の高等職業技術専門校等にお問い合わせください。