

キャリアアップ講習（企業受付）申込書

東京都立 職業能力開発センター 長 殿

次の者を「キャリアアップ講習」の受講者として推薦したいので、申し込みます。

令和 年 月 日

申込者

住 所

フリガナ

企業名

代表者

代表者印

講習番号 (No.)										講習名	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--

推 薦 理 由 (仕事内容と講習の関係など)	
---------------------------	--

連絡先・企業概要	担 当 者	役職			氏名		
	電 話 番 号		業 種				
	F A X 番 号		従 業 員 数			人	
	E-mail アドレス		資 本 金			円	

(注意事項) 下記事項に同意のうえ、お申込みください。

- 申込みができる人数は企業単位で1人から4人までです。
- 企業枠の定員を超えた場合は企業単位での抽選となります。
- この制度はキャリアアップ講習を企業の従業員の人材育成にご活用いただくものですので、事業主の方は申込みできません。
※受講決定にあたって、雇用関係について確認させていただく場合がありますのでご了承ください。
- 授業料については、企業宛に納付書を送付しますので、納付期限までにお支払いください。
- この申込書で申し込む場合は、授業料免除制度の適用はありませんのでご了承ください。

受講希望者名簿

企業名

受講希望者情報①	かな氏名	
	漢字氏名	
	生年月日(年齢)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	自宅住所	〒
	緊急連絡先TEL (携帯電話等)	

受講希望者情報②	かな氏名	
	漢字氏名	
	生年月日(年齢)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	自宅住所	〒
	緊急連絡先TEL (携帯電話等)	

受講希望者情報③	かな氏名	
	漢字氏名	
	生年月日(年齢)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	自宅住所	〒
	緊急連絡先TEL (携帯電話等)	

受講希望者情報④	かな氏名	
	漢字氏名	
	生年月日(年齢)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
	自宅住所	〒
	緊急連絡先TEL (携帯電話等)	