

働きながら学びやすい職業訓練 受講申込書

写真貼付欄

脱帽上半身の写真を
貼り付けてください

6ヶ月以内に撮影した
写真裏面にコース名と
氏名を記入してください

※太枠内は全てご記入の上、訓練実施機関に提出してください。

受付年月日	令和 年 月 日
受付番号	

希望訓練科	介護初任者研修 科 (6) 月 開講		
(ふりがな)		性別	生年月日(年齢)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 記入しない	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 () 歳
現住所	〒 _____ 都・道 市 町 村 府・県 郡 村		
自宅電話番号		緊急連絡先 (携帯電話等)	
職歴 (上から新しい順に 記入してください)	勤務期間	業種	職種
	自(和暦) 年 月 至 年 月		
	自 年 月 至 年 月		
	自 年 月 至 年 月		
	自 年 月 至 年 月		
訓練の志望動機			
訓練対象者の 確認事項	項目	該当するものに ○印	
	現在、在職中で非正規雇用労働者(有期雇用労働者、パートタイム労働者、派遣労働者)または処遇・待遇が非正規雇用労働者と同等である	はい・いいえ	
	現職もしくは現職と異なる職種での正社員化または職業転換を目指している(自社での正社員転換や、雇用保険適用となる転換を目指している)	はい・いいえ	
	訓練の受講修了まで継続して受講する意思がある	はい・いいえ	
	訓練の実施機関から、福井県および厚生労働省への個人情報提供に同意する	はい・いいえ	
	訓練効果に関する調査への協力に同意する	はい・いいえ	
対象者の確認について、事実と相違ないことを認めます。 氏名(自署)			

訓練実施機関の面談	実施日
	・ 年 月 日(対応者) ・ 年 月 日(対応者)

(注) 個人情報の取扱いについて

受講申込書に記入された個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」を遵守し適切に管理いたします。

ご記入いただいた個人情報は、選考書類、受講に関する事務処理(連絡、出席表、修了証の交付等)、業務統計、就職状況調査、訓練期間中や修了後の就職支援の連絡等に利用させていただきます。

なお、受講希望者本人が同意されている場合、法令の規定による場合、受講希望者または公共の利益を保護するために必要な場合を除いて、第三者に開示・提供することはありません。