

平成25年度 高知市実践型地域雇用創造事業(=厚生労働省委託事業)

就職力向上実践セミナー 受講申込書

高知市雇用創出促進協議会
FAX 088-873-5717

受講希望コースに○をつけてください。

第1希望のコースが定員を超えた場合は、第2希望のコースを選んでいただくことがありますので、
第2希望がある方はそれぞれの欄にご記入ください。

	第1希望	第2希望
昼コース(13:00~17:00)		
夜コース(18:00~21:00)		

※実践訓練のコース選択は、基礎講座受講中に選択していただけます。(基礎講座以外には昼コース・夜コースはございません)

氏名	フリガナ (姓) (名)	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒	性別	男・女
連絡先電話番号	自宅 ☎ () 携帯電話 ☎ ()	PCメールアドレス	携帯電話メールアドレス
最終学歴	学校名 学部等	(昭和・平成 年 月 卒業・その他)	
現在の状況	該当するものに✓印を記入 <input type="checkbox"/> 1. 求職中 求職期間/ 年 月 ハローワーク求職登録/ 有・無	<input type="checkbox"/> 2. 就業中 会社名/ 在職期間/ 年 月	<input type="checkbox"/> 3. 在学中 学校名/ (年生)
職歴	新しいものから期間・企業名・雇用形態等をできるだけ具体的に ご記入ください		
今後の就職活動	該当するものに✓印を記入 <input type="checkbox"/> 1. セミナーと並行して活動する。	<input type="checkbox"/> 2. セミナー終了後直ちに開始する。	<input type="checkbox"/> 3. その他 ()
受講を希望する理由			

該当する欄は必ず記入してください。記入のない場合は、申込みを受け付けられないことがあります。

※個人情報、セミナー運営、広報活動、就職支援情報のお知らせなど、事業を実施するうえで、必要となる管理や手続きのためにのみ利用します。なお、個人情報を第三者に開示することはありません。