

## IT スキルアップ訓練受講申込書

令和 年 月 日

新潟県立三条テクノスクール校長 様

|                  |   |            |  |
|------------------|---|------------|--|
| 講座名              | パワーポイントスキルアップコース 長岡<br>2月18日(土)～3月18日(土)            |            |  |
| (ふりがな)<br>① 氏名   | ② 生年<br>月日  | 昭和<br>平成   | 年 月 日<br>( 歳)  |
| ③ Eメール           |   |            |  |
| ④ 現住所            | 〒<br>電話番号 ( ) ー                                     |            |  |
| ⑤ 前職または<br>現職務内容 | [ 離職中・非正規社員・正規社員<br>(該当する区分に○をお願いします) ]             | 実務経験年数     | 年  |
| ⑥ 所属事業所名         |   |            |  |
| ⑦ 事業所所在地         | 〒<br>電話番号 ( ) ー                                     |            |  |
| ⑧ 事業所の規模         | 1 (1～29人)   | 2 (30～99人) | 3 (100～299人)<br>4 (300～499人) 5 (500～999人) 6 (1,000人以上) |
| ⑨ 受講料納入者         | 1 所属事業所   | ・          | 2 受講者  |
| ⑩ 当校からの<br>連絡先   | 1 所属事業所 (連絡担当者氏名: )                                 |            |  |
|                  | 「2 受講者」を選択した場合、所属事業所への連絡 可 ・ 不可                     |            |  |
| ⑪ 受講環境確認         | 必要となる受講環境を準備可能である ( <input type="checkbox"/> : はい ) |            |  |
| ⑫ 減免制度の<br>利用希望  | 1 有 ・ 2 無<br>(生活保護世帯、市町村民税非課税世帯等)                   |            |  |

※離職中の方は①から⑤・⑪・⑫を記入して申し込みください。  
在職中の方は①から⑩・⑫を記入して申し込みください。

ご記入いただいた個人情報は、IT スキルアップ訓練のほか、関連コースのご案内、訓練ニーズ調査のアンケートに使用させていただく場合がありますが、それ以外の目的では使用いたしません。

FAX でお申し込みの方は送信後、必ず当校に連絡をお願いします。

TEL : 0256-38-8520