

受講申込書

令和3年 月 日

青森県立青森高等技術専門校長 殿

申込者氏名

印

(自署する場合は押印を省略することができます)

青森高等技術専門校が実施する訓練（在職者訓練コース：在職障害者のためのOAスキルアップ講座（青森会場））を受講したいので、下記のとおり申し込みいたします。

記

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|------|--------|------|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 年齢 | 満 | 歳 | | |
| | | 性別 | 男 | ・ | 女 | |
| 現住所 | 〒 電話（自宅） — — （携帯） — — | | | | | |
| 所属事業所名 | | | | 従業員数 | 人 | |
| 事業所住所 | 〒 | | | | | |
| 事業所電話 | | | 事業所FAX | | | |
| 受講動機 | | | | | | |
| 障害の種類等 | | | | | | |
| 訓練に対する希望、 配慮してほしい事等 | | | | | | |

※この受講申込書に障害者手帳の写しを添えて、青森高等技術専門校（在職障害者訓練担当）へ郵送してください。

※個人情報については、本訓練の実施にかかる目的以外には使用いたしません。
(受講申込書等は、訓練受講の可否に関わらず返却いたしません。)

問い合わせ・申し込み先
〒030-0122 青森市大字野尻字今田43-1
青森県立青森高等技術専門校 在職障害者訓練担当 宛
TEL 017-738-5727