

受講申込書

平成 年 月 日

遠野高等職業訓練校長 様

貴校の開催する職業訓練を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

コース名： _____

期 間： _____

会社名			
代表者名			
所在地	〒 —	TEL	()
		FAX	()
雇用保険適用 事業所番号			

※修了証を発行するため、受講者の生年月日、住所の記載をお願いします。

No.	フリガナ 受講者氏名	生年月日	性別	住 所
1			男 女	(本籍 都 道 府 県)
2			男 女	(本籍 都 道 府 県)
3			男 女	(本籍 都 道 府 県)
4			男 女	(本籍 都 道 府 県)
5			男 女	(本籍 都 道 府 県)

※認定訓練制度を利用した訓練のため、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写しの添付をお願いします。

これに記載された情報は、訓練目的以外には使用致しません。