

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： 高度技能習得講習

期 間： 平成29年8月18日～9月8日 (内5日間)

会社名			
代表者名			
所在地	〒 ー	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	最終学歴：(中卒・高卒・専門卒・大卒)
2			男 女	最終学歴：(中卒・高卒・専門卒・大卒)
3			男 女	最終学歴：(中卒・高卒・専門卒・大卒)
4			男 女	最終学歴：(中卒・高卒・専門卒・大卒)

※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。