

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： 職長・安全衛生責任者教育

期 間：令和元年12月9日・10日

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。

	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。