

FAX 0198-62-6366

※添書なしで送信ください。

受講申込書

令和 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: 令和 年 月 日～ 月 日(日間) ※複数のコースを受講なさる場合はコピーしてお使いください。

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。

※一般参加の方は、上記会社記入欄は空白のまま、以下の欄にご記入いただくだけで結構です。

	フリガナ 申込者氏名	生年月日	性別	住 所
1			男 女	(本籍 都 道 府 県) 最終学歴:(中卒 ・ 高卒 ・ 専門卒 ・ 大卒)
2			男 女	(本籍 都 道 府 県) 最終学歴:(中卒 ・ 高卒 ・ 専門卒 ・ 大卒)
3			男 女	(本籍 都 道 府 県) 最終学歴:(中卒 ・ 高卒 ・ 専門卒 ・ 大卒)
4			男 女	(本籍 都 道 府 県) 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。(事業主、一般参加の方は、添付の必要はありません。)

※これに掲載された情報は、訓練目的以外には使用いたしません。