

受講申込書

遠野高等職業訓練校長 様

令和 年 月 日

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 ~ 令和 年 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	()
代表メールアドレス			
担当者名		担当者メールアドレス	<small>※代表メールアドレスと同じ場合は記入しないでください。</small>
受講中の賃金の支払い: 有〔雇用保険被保険者資格取得確認通知書(事業主通知用)の写しを添付してください〕 ・ 無			

県の報告および、修了証発行や緊急連絡のため、受講者情報をもれなく下記に記入をお願いします。
※一般参加の方は、下記のみご記入ください。

No	申込者氏名	生年月日	性別	現住所・最終学歴・Eメールアドレス
1	フリガナ	昭和・平成	男	現住所: 〒 —
		年 月 日	女	最終学歴: (中卒・高卒・短大/専門卒・大卒)
	Tel	Fax	E-mail	
	雇用保険加入: (有) (無) [役員・家族・一人親方・求職者・その他()]			
2	フリガナ	昭和・平成	男	現住所: 〒 —
		年 月 日	女	最終学歴: (中卒・高卒・短大/専門卒・大卒)
	Tel	Fax	E-mail	
	雇用保険加入: (有) (無) [役員・家族・一人親方・求職者・その他()]			
3	フリガナ	昭和・平成	男	現住所: 〒 —
		年 月 日	女	最終学歴: (中卒・高卒・短大/専門卒・大卒)
	Tel	Fax	E-mail	
	雇用保険加入: (有) (無) [役員・家族・一人親方・求職者・その他()]			
4	フリガナ	昭和・平成	男	現住所: 〒 —
		年 月 日	女	最終学歴: (中卒・高卒・短大/専門卒・大卒)
	Tel	Fax	E-mail	
	雇用保険加入: (有) (無) [役員・家族・一人親方・求職者・その他()]			

※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、添付の必要はございません。)※掲載された情報は、訓練目的以外には使用いたしません。