

## 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: 伐木業務特別教育

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 | ※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。 |
| 受講中の賃金の支払い: 有〔雇用保険適用事業所番号 — — 〕・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。

★受講案内は、EメールまたはFAXで送信します。メールアドレスおよびFAX番号を必ずご記入ください。  
(EメールまたはFAXがない場合は、ご郵送での対応となり少々お時間をいただきます)

| N<br>O | 申込者氏名                                                   | 生年月日           | 現住所・最終学歴・Eメールアドレス                   |
|--------|---------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| 1      | フリガナ                                                    | 昭和・平成<br>年 月 日 | 現住所: 〒 —<br>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)〔雇用保険被保険者番号 — — 〕 (無)〔役員・家族・一人親方・求職者・その他( )〕 |                |                                     |
|        |                                                         |                |                                     |
| 2      | フリガナ                                                    | 昭和・平成<br>年 月 日 | 現住所: 〒 —<br>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)〔雇用保険被保険者番号 — — 〕 (無)〔役員・家族・一人親方・求職者・その他( )〕 |                |                                     |
|        |                                                         |                |                                     |
| 3      | フリガナ                                                    | 昭和・平成<br>年 月 日 | 現住所: 〒 —<br>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)〔雇用保険被保険者番号 — — 〕 (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。