

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 ~ 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)

No	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	現住所: 〒 -
		年 月 日	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	現住所: 〒 -
		年 月 日	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	現住所: 〒 -
		年 月 日	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。