

校 長	教務主任	係

# 入 校 願 書

令 和 年 月 日

大崎地域高等職業訓練校長 殿

事 業 所 名

事 業 主 氏 名

印

入校希望者氏名

印

貴校へ入校いたしたいので、関係書類を添えてお願いいたします。

なお、入校許可された場合は、事業主、訓練生共に諸規定、その他の諸指示を固く守り、貴校に迷惑をかけないことを誓います。

記

希望する訓練科

木造建築科 3年課程

塑性加工科 3年課程

※職業訓練指導員免許証・雇用保険通知書（又は労災特別加入控え）のコピーを添付してください。

訓練生

写 真 (30mm~25mm)	ふりがな			生年月日	昭・平・令 年 月 日 (満 歳)	
	氏 名					
	現住所	〒	TEL ( ) 携帯 ( )			
令和 年 月 撮 影	雇用保険被保険者番号 又は 労災特別加入番号			本籍地	都道府県	
学 歴	学 校 名 ( 科 名 )	期 間		卒業・中退 年 月 日		
	※専門学校は訓練歴↓へ記載	自 S・H・R 年 月 日 至 S・H・R 年 月 日	昭・平・令 卒業 年 月 日 中退			
職 歴・ 訓 練 歴	勤務先(訓練校名)	所 在 地	事 業 内 容	職 務 内 容	在 籍 期 間	
					~	
					~	
資格 免許				特 技 趣 味		
家 族 構 成	氏 名	続 柄	年 齢	氏 名	続 柄	年 齢

事業主

事業所名						
所在地	〒	TEL ( ) FAX ( )				
ふりがな 代表者氏名	役職名 氏名		生年月日	大昭平 年 月 日		
特例許可	有・無	有の場合は番号	年 月 日 第 号			
従業員数	人	資格免許				
保険関係	雇用保険適用事業所番号		労災保険番号			
主たる職業 訓練指導員	氏名		職業訓練指導員免許 昭和・平成・令和 年 月 日 第		科 号	
備考						

※ 職業訓練指導員免許証・雇用保険通知書（又は労災特別加入控え）のコピーを添付してください。