

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校長 殿

事 業 所 名

事 業 主 氏 名



入校希望者氏名



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

希望する訓練科目 _____ 科 3年課程

※職業訓練指導員免許証・雇用保険通知書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	
	氏名			(満)	(歳)	
	現住所	〒	TEL	()		
令和 年 月 撮影	雇用保険被 保険者番号		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	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		科 号	
		昭和・平成・令和		年 月 日 第 号	
備考					

※ 職業訓練指導員免許証・雇用保険通知書のコピーを添付してください。