

普通職業訓練 短期課程 受講申込書

令和 年 月 日

事業所	事業所名			事業主名			®
	事業所在地	〒 TEL () - ・FAX () - mail :					
	担当者名	(部署)				資本金	万円
	雇用保険適用事業所番号					全従業員数	人

受講者①	ふりがな			男・女	住所	〒	
	氏名					TEL () -	
	生年月日	S・H	年	月	日		
	雇用保険番号					雇用年月日	S・H・R 年 月 日
	職務内容			職務経験年数	年	ヶ月	最終学歴
申込コースを記入してください					実施年月日	令和 年 月 日～ 月 日(全回)	

受講者②	ふりがな			男・女	住所	〒	
	氏名					TEL () -	
	生年月日	S・H	年	月	日		
	雇用保険番号					雇用年月日	S・H・R 年 月 日
	職務内容			職務経験年数	年	ヶ月	最終学歴
申込コースを記入してください					実施年月日	令和 年 月 日～ 月 日(全回)	

受講者③	ふりがな			男・女	住所	〒	
	氏名					TEL () -	
	生年月日	S・H	年	月	日		
	雇用保険番号					雇用年月日	S・H・R 年 月 日
	職務内容			職務経験年数	年	ヶ月	最終学歴
申込コースを記入してください					実施年月日	令和 年 月 日～ 月 日(全回)	

*各受講者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写しを添付してください。(新規雇用の場合は通知が届き次第お願いします)

*この申込書に記載された個人情報は訓練実施の目的以外には使用いたしません。