

年 月 日

普通職業訓練短期課程受講申込書

大崎地域高等職業訓練校長 殿

事業所所在地
事業所名
事業主名
受講者氏名

印
印

普通職業訓練短期課程を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

記

訓練内容	訓練課程	普通職業訓練 短期課程										
	訓練科・コース名											
	実施年月日	年 月 日～					年 月 日 (日間)					
受講者	フリガナ										性別	
	氏名										男 ・ 女	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)										
	住所	〒 - Tel () -										
	最終学歴	中学 ・ 高校 ・ 短大 ・ 大学				年 月 日 卒業 ・ 中退						
	職務内容					実務経験年数 年 ヶ月						
	雇用年月日	年 月 日										
	雇用保険被保険者番号 または 労災特別加入被保険者番号	※雇用保険被保険者番号 (通知書) の写しを添付してください。										
事業所	雇用保険適用事業所番号	- -										
	業種又は主な事業内容	建設業・製造業・卸売業・小売業				資本金			全従業員数			
		サービス業・その他 ()				円			人			
	申込に関する担当部署					担当者名						
連絡先	〒 TEL () - FAX () -											

※ 一人親方等の労災保険特別加入者である場合は通知書等の写しを添付してください。

※ 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。