

受講申込書

教育実施機関記入（※印）

※期間（全日数 22日）

※教育実施機関の長

令和2年 4/15 4/22

（職）花巻職業訓練協会長 殿

5/13 5/20 5/27

6/3 6/10 6/17 6/24

※講習名

7/1 7/8 7/15 7/22 7/29

介護サービス科

8/5 8/19 8/26

9/2 9/9 9/16 9/23 9/30

下記の者をこの講習に参加させたいので申し込みます。

派遣事業主記入（番号1～5）

1 雇用保険 適用事業所番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	2 主たる事業 (該当するものを○で囲む)	小売業・サービス業・ 建設業・卸売業・その他	3 常用労働者数 ( )人
4 所在地 事業所名 代表者名	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( ) FAX ( )		5 資本金の額又は出資金の額 円	

受講生又は派遣事業主記入（番号6～12）必ず記入願います。

番号	6 ふりがな氏名	7 生年月日	8 住所	9 職務内容	10 経験年数	11 (携帯番号等) 連絡先	12 雇用保険被保険者番号
1					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
2					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
3					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
4					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
5					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
6					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
7					年 ヶ月		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>

記載上の注意事項

- 雇用保険被保険者番号は必ず記載してください。
- 申込時点で未加入の場合は申込みの際にその旨をお伝え頂き、また加入後お知らせ下さい。

添付書類

- 受講者の「雇用保険被保険者確認通知書（事業主通知用）」の写し
- 労災保険特別加入者は、「特別加入承認通知書」の写し  
(例) 事業主の息子等