

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 10/7 10/14 10/21 10/28

(職)花巻職業訓練協会長 殿

11/4 11/11 11/18 11/25

※講習名

令和3年 1/6 1/13 1/20 1/27

介護サービス科

2/3 2/10 2/17 2/24

3/3 3/10

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	□□□□ □□□□□□-□	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	〒□□□-□□□□  ☎ ( ) 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		□□□□ □□□□□□-□
2					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□
3					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□
4					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□
5					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□
6					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□
7					年 ヶ月		□□□□ □□□□□□-□

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