

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3年

4/14 4/21 4/28

(職)花巻職業訓練協会長 殿

5/12 5/19 5/26

※講習名

6/2 6/9 6/16 6/23 6/30

介護サービス科

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

8/5 8/18 8/25

9/2 9/8 9/15 9/22

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

1. 雇用保険被保険者番号は必ず記載してください。
2. 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

1. 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
2. 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