

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5年 4月 (12, 19, 26)

(職)花巻職業訓練協会長 殿

5月 (10, 17, 24, 31)

※講習名

6月 (7, 14, 21, 28)

介護サービス科

7月 (5, 12, 19, 26)

8月 (2, 9, 16, 23, 30)

9月 (6, 13)

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"/> ☎ () 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

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