

普通職業訓練短期課程

受講申込書

令和 年 月 日

花巻高等職業訓練校長 殿

下記講習会に申し込みます。

訓練科：介護サービス科

コース名：介護職員初任者研修

訓練期間：令和 5年 9月27日(水)～令和 6年 3月 6日(水) (22日間)

| | | | | |
|----------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
| ※全日数 (22日間) | 9月(27) 10月(4,11,18,25) | 11月(1,8,15,22,29) 12月(6,13,20) | 1月(10,17,24,31) 2月(7,14,21,28) | 3月(6) |
|----------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|

| | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------|--------------|------------|
| 事業所所在地 | 〒 - | | | |
| 事業所名 | | | | |
| 代表者名 | (タナバン可) | | | |
| 連絡先 | ☎ () - | FAX () - | | |
| 主たる事業 | 小売業・サービス業・建設業・卸売業・その他 | | 常用労働者数 () 人 | |
| 雇用保険適用事業所番号 | - | | | |
| 受講中の賃金の支払い | 有・無 | | 受講料の負担 | 事業主負担・個人負担 |

| No. | 受講者氏名 | 生年月日 | 性別 | 現住所 |
|-----|-----------------------|---------------------|----------|-----------------|
| 1 | ふりがな | 昭和・平成 年 月 日 | 男 女 | 〒 - 連絡先(携帯等) |
| | 最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒) | 職務内容 | | 経験年数 年 ヶ月 |
| | 雇用保険加入：有・無 | 雇用保険 被保険者番号 | | |
| | 労災特別加入：有・無 | 労災保険特別加入者 労働保険番号 | 府県 所掌 管轄 | 基幹番号 枝番号 |
| 2 | ふりがな | 昭和・平成 年 月 日 | 男 女 | 〒 - 連絡先(携帯等) |
| | 最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒) | 職務内容 | | 経験年数 年 ヶ月 |
| | 雇用保険加入：有・無 | 雇用保険 被保険者番号 | | |
| | 労災特別加入：有・無 | 労災保険特別加入者 労働保険番号 | 府県 所掌 管轄 | 基幹番号 枝番号 |
| 3 | ふりがな | 昭和・平成 年 月 日 | 男 女 | 〒 - 連絡先(携帯等) |
| | 最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒) | 職務内容 | | 経験年数 年 ヶ月 |
| | 雇用保険加入：有・無 | 雇用保険 被保険者番号 | | |
| | 労災特別加入：有・無 | 労災保険特別加入者 労働保険番号 | 府県 所掌 管轄 | 基幹番号 枝番号 |

【お願い】 認定訓練制度を利用した訓練のため、**雇用保険被保険者確認通知書 (事業主通知用)** の写しを添付してください。(労災保険特別加入者は、特別加入承認通知書の写しを添付してください。)