

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 7 年 10 月 1 日（水）～令和 8 年 3 月 4 日（水）（22日間）

※全日数 (22日間)	10月(1, 8, 15, 22, 29) 11月(4, 12, 19, 26)	12月(3, 10, 17, 24) 1月(7, 14, 21, 28)	2月(4, 10, 18, 25) 3月(4)
----------------	---	---	----------------------------

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	〒 - 連絡先(携帯等)									
	女												
	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	〒 - 連絡先(携帯等)									
	女												
	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	〒 - 連絡先(携帯等)									
	女												
	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。）