

受講申込書

平成 年 月 日

職業訓練法人 北上職業訓練協会長 殿

申込者氏名 _____

講習名 低圧電気取扱業務特別教育

フリガナ					男 ・ 女
受講者氏名					
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	満 歳		
現住所	〒 TEL				
本籍地	都道府県 (都道府県名のみ記入)				
勤務先		職種			
勤務先住所	〒 TEL				
職名		実務経験年数	年	最終学歴	中卒 大卒 高卒 短大卒
受講日	平成 年 月 日 ~ 年 月 日				
雇用保険加入の有無	有 無				
雇用保険被保険者番号					
雇用保険適用事業所番号					
受講期間中の賃金の有無	有 無	備考			
受講料の負担方法	事業主負担 個人負担				
労災保険特別加入の有無	有 無				

※ 雇用保険加入者の方は必ず雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写しをFAX又はご持参下さい。

※ これに記載された情報は、訓練目的以外には使用致しません。