

受講申込書

平成 年 月 日

(社) 北見地域職業訓練センター運営協会 様

() コース) を受講したいので下記のとおり申請します。

ふりがな				〒	-			
氏名				住所				
				電話番号	()	-		
				携帯番号	()	-		
生年月日	T・S・H	年	月	日生	メールアドレス			
	(満 歳 ヶ月)			本籍地		性別	男・女	
最終学歴	学校名		学科・課程	所在地	在学期間			
	卒業				年 月～ 年 月			
訓練歴	訓練施設名		科名	所在地	訓練期間			
	修了				年 月～ 年 月			

※最近のものから記入してください。

職歴	事業所名	地位・職名	所在地	在職期間
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月
				年 月～ 年 月

※各項目とも、もれなく記入してください。

住所	〒			-		
所属事業所名						
代表者職氏名	電話番号 ()	-	FAX番号 ()	-		
メールアドレス						
雇用保険事業所番号 (例 0105-001256-1)	-			-		資本金
業種 (建設許可の業種名)						万円
企業全体の常用労働者数 (うち事業所労働者数)	人 ()			人 ()		
建設業許可番号 (記入例: 知事一般14 網第789号)			雇用管理責任者氏名	他名		
雇用保険料率 (記入例: 20.5/1,000)	/ 1,000		事務担当者 職名・氏名			

※雇用年月日も必ず記入してください。

受講生の雇用保険被保険者番号 (例 0105-001234-5)	-	-
雇用年月日	昭和・平成	年 月 日

キャリア形成促進助成金の申請 (派遣した従業員の賃金日額助成が受けられます)	1.活用実績について あり・なし 2.申請手続について 自社で申請・事務委託にて申請 (該当するものに○をつけてください)
---	---

※ここから下は記入しないでください。

コース番号	備考
-------	----

(個人情報保護について)

* 受講申込書に記載された内容は、当センターの事業目的以外には使用いたしません。また、記載されている個人情報の取扱いについては細心の注意を払い、厳重に管理します。