

受講申込書

平成 年 月 日

一般社団法人 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)						
企業全体の常用労働者数(うち事業所労働者数)			人()人		万円	
建設業許可番号 (記入例:知事一般23網第789号)			雇用管理責任者氏名	他名		
雇用保険料率 (記入例: 18.5/1,000)	/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

※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、厳重に管理いたします。