

所長	所長代理	係		

職業訓練受講申込書

令和 年 月 日

島根中央地域職業訓練センター 所長 殿

職業訓練を受講したいので、下記の通り申し込みします。

訓練科・コース名	コース			
ふりがな				性別
受講者氏名	印			男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（満 才）			
住所	〒 TEL			
雇用年月日	西暦 年 月 日			
雇用保険番号				
注1）労働者災害保障 保険法特別加入者番号				
勤務先	所在地	〒 TEL		
	事業所名			
	事業主名	印		
資本金額	万円		事業所全体の 常用従業員数	人
業種又は主事業内容 （該当業種を○で囲んで下さい）	①小売業 ②サービス業 ③卸売業 ④製造業 ⑤建設業 ⑥その他（ ）			

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写しを添付して下さい。
注1）建築大工、左官等の一人親方であって、労働災害保障法（昭和22年法律第50号）第20条の規定に基づく特別加入者
※受講途中で講習を中止した場合、受講料は返金できません。

◆本申込書に記入いただきました情報につきましては、講習会における本人確認、名簿、出席簿、島根県への報告書の作成、修了証書の発行、および申込者への、島根中央地域職業訓練センター講習会に関する連絡、各種情報提供に使用します。

* コピーしてお使い下さい。