

研修・講座 受講申込書

短期訓練

コース番号		訓練科目		訓練期間	月 日 ～ 月 日 日間	
		コース名				
雇用保険事業所番号	<input type="text"/>	産業分類	建設業 製造業 卸・小売業 サービス業 その他	企業全体常用労働者数(うち事業所労働者数)	人 (人)	
				資本金	円	
事業所名 代表者名 職氏名				担当者職名		
				担当者氏名		
所在地	〒			Tel		
				Fax		
				E-mail		
何れかに○印記入	雇用保険率	13.5/1000	15.5/1000	16.5/1000	建設業許可番号	
					あり なし	
番号	フリガナ氏名	性別	雇用保険被保険者番号	生年月日 雇用年月日	役職名 所属部署	最終学歴 (校名、科名)
1		男・女		・ ・	_____	
2		男・女		・ ・	_____	
3		男・女		・ ・	_____	
4		男・女		・ ・	_____	
5		男・女		・ ・	_____	
6		男・女		・ ・	_____	
7		男・女		・ ・	_____	
8		男・女		・ ・	_____	
受講料の会員・会員外の確認チェック(レ)欄		<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 会員外	会員の場合は所属団体記入		
キャリア形成促進助成金申請の該当項目確認チェック(レ)欄		<input type="checkbox"/> 自社で行う	<input type="checkbox"/> 中空知地域職業訓練センターへの事務委託で行う	<input type="checkbox"/> 申請しない		
平成 年 月 日						中空知地域職業訓練センター 所長 様

○受講料をお振込みいただく場合は、下記の口座へお願いいたします

(振り込み手数料はご依頼人様にてご負担願います)

なお、振込の場合は、入金処理を速やかに行うため必ず Tel または Fax で内訳をお知らせください

⇒北門信用金庫本店(普通)0964009 一般社団法人中空知地域職業訓練センター協会

※申込書にてお預かりした個人情報については、個人情報保護法に基づき、安全かつ適正に管理させていただきます