

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				
雇用保険事業番号	[][][][] - [][][][][][][][] [][][][][][][][] - [][]	産業分類	建 設 業 製 造 業 卸 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) 資本金	(人) 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	9.0/1000	11.0/1000	12.0/1000	建設業許可番号 あり なし	
事業所内での「職業訓練指導員免許」取得者数					人	
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		
人材開発支援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		
令和 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