

下記に☑を入れ、希望する講習名を入力または記入してください

写真1のりしろ

写真2のりしろ

写真3のりしろ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受講申込書

ふりがな 氏名		最終学歴 <small>当ではまる学歴に☑を入れてください</small> <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 ()	
生年月日		元号 年 月 日生 (才)	
現住所		〒 _____ TEL _____ - _____ - _____	
本籍 (県名のみ記入して下さい)		県	
勤務先	会社住所 事業所名	〒 _____	
		従業員数	人
		建設業許可番号	特般 -
		FAX	_____ - _____ - _____
		TEL	_____ - _____ - _____
雇用保険		雇用年月日	年 月 日 雇用保険資格取得年月日 年 月 日
		雇用保険被保険者番号	- -
		雇用保険事業所番号	- -
雇用証明		<p>上記の者を、現在雇用していることを証明します。</p> <p>元号 年 月 日</p> <p>〒 _____ TEL _____ - _____ - _____</p> <p>住所 事業所 代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	
* 1人親方のみ記入して下さい			
労働者災害補償保険		適用年月日 元号 年 月 日	
		保険番号	

元号 年 月 日

鹿角地方職業能力開発協会長 様

申込者氏名(受講者) _____ 印

雇用保険加入者は「雇用保険被保険者証」のコピーを添付願います。

<p>上記受講者は、当協会の構成会員の会員であることを証明します。</p> <p>また、当申込書の個人情報とは、当該講習に関するもの以外には使用致しません。</p> <p>平成 年 月 日 鹿角地方職業能力開発協会 印</p>
