

普通職業訓練短期課程

受講申込書

令和 年 月 日

花巻高等職業訓練校長 殿

下記講習会に申し込みます。

訓練科：介護サービス科

コース名：介護職員初任者研修

訓練期間：令和 7年 4月16日(水)～令和 7年 9月17日(水) (22日間)

※全日数 (22日間)	4月(16, 23, 30) 5月(7, 14, 21, 28)	6月(4, 11, 18, 25) 7月(2, 9, 16, 23, 30)	8月(6, 20, 27) 9月(3, 10, 17)
----------------	-------------------------------------	---	--------------------------------

事業所所在地	〒 -		
事業所名			
代表者名	(タナバン可)		
連絡先	☎ () -	FAX () -	
主たる事業	小売業・サービス業・建設業・卸売業・その他	常用労働者数 () 人	
雇用保険適用事業所番号	-		
受講中の賃金の支払い	有・無	受講料の負担	事業主負担・個人負担

No.	受講者氏名	生年月日	性別	現住所
1	ふりがな	昭和・平成 年 月 日	男 女	〒 - 連絡先(携帯等)
	最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒)	職務内容		経験年数 年 ヶ月
	雇用保険加入：有・無	雇用保険 被保険者番号	-	
	労災特別加入：有・無	労災保険特別加入者 労働保険番号	府県 所掌 管轄	基幹番号 枝番号
2	ふりがな	昭和・平成 年 月 日	男 女	〒 - 連絡先(携帯等)
	最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒)	職務内容		経験年数 年 ヶ月
	雇用保険加入：有・無	雇用保険 被保険者番号	-	
	労災特別加入：有・無	労災保険特別加入者 労働保険番号	府県 所掌 管轄	基幹番号 枝番号
3	ふりがな	昭和・平成 年 月 日	男 女	〒 - 連絡先(携帯等)
	最終学歴 (中卒 高卒 短大/専門 大卒)	職務内容		経験年数 年 ヶ月
	雇用保険加入：有・無	雇用保険 被保険者番号	-	
	労災特別加入：有・無	労災保険特別加入者 労働保険番号	府県 所掌 管轄	基幹番号 枝番号

【お願い】 認定訓練制度を利用した訓練のため、**雇用保険被保険者確認通知書 (事業主通知用) の写しを添付**してください。(労災保険特別加入者は、特別加入承認通知書の写しを添付してください。)