

# 令和6年度 短期（認定）訓練受講者申込書

次のとおり認定訓練を受けたいので申し込みます。

事業所および 代表者の氏名			印
所在地	〒 ー	業種	
電話番号	ー ー		
FAX番号	ー ー		
雇用保険適用事業所番号		雇用保険率 1,000分の	
労働保険番号			
資本金	万円		
雇用従業員数	6ヶ月以上で雇用保険の掛かっている人 ( ー 人)		人
雇用管理責任者氏名			
事務担当者の職名・氏名			

土木科1（R6年4月18日、19日、22日、23日、5月7日、8日、13日、14日、  
20日、21日、27日、28日、6月3日、4日）

受講人員 名※10名以上の場合は用紙をコピーして下さい。

フリガナ 受講者氏名	住所	生年月日	雇用保険 被保険者番号	雇用 年月日	最終 学歴	①所属部署 ②職務内容
1						① ②
2						① ②
3						① ②
4						① ②
5						① ②
6						① ②
7						① ②
8						① ②
9						① ②
10						① ②

令和 年 月 日

公益社団法人上川北部地域人材開発センター運営協会

会長 大野 茂 実 行

※受講料のお支払いは、当センターより後日発送いたします受講決定通知書にてご連絡致します。