

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	〒	業 種	
電話番号	— —		
FAX番号	— —		
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			
雇用従業員数	6ヶ月以上で雇用保険の掛かっている人		人 (人)
雇用管理責任者氏名			

※事務担当者の職名・氏名 _____

・土木科2 (R6年8月28日、29日、9月18日、19日)

受講人員 名

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					大短高 中	① ②
2					大短高 中	① ②
3					大短高 中	① ②
4					大短高 中	① ②
5					大短高 中	① ②
6					大短高 中	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を致します。

FAX番号 01654-3-7905