

令和6年度 職業訓練受講者申込書

事業所および 代表者の氏名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
法人番号			
雇用保険適用事業所番号			
労働保険番号			
資本金		主となる事業	
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)
雇用管理責任者氏名			
事務担当者の職名・氏名			

受講科目にチェックを記述してください（受講者毎に科目が異なる場合は受講科目欄に記述して下さい）

○ 土木施工科2名寄会場（R7年3月25日、26日、27日）

○ 土木施工科2士別会場（R7年3月26日、27日、28日）

受講人員 名 ※12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	生年月日	雇用保険 被保険者番号	雇用 年月日	①所属部署 ②職務内容	受講科目
1				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
2				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
3				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
4				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
5				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
6				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
7				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
8				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
9				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
10				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
11				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場
12				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 士別会場

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。