

# 令和7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			

・土木基礎科（4月2、3、4、7、8、9、10、11、14、15、16、21、22、23日）

ふりがな 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	受講人員 名	
						①所属部署	②職務内容
1					大短高中	①	
2					大短高中	①	
3					大短高中	①	
4					大短高中	①	
5					大短高中	①	
6					大短高中	①	
7					大短高中	①	
8					大短高中	①	

※雇用予定者は雇用年月日に予定日を記入し、雇用保険被保険者番号を雇用保険加入後にFAXにてお知らせ下さい。  
受講料は受講決定通知書にてご案内致します。

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