

令和8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		
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
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(R8年4月2日、3日、6日、9日、13日、14日、15日、16日、20日、21日、22日、23日、24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 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

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。

※雇用予定者は雇用年月日に予定日を記入してください。後日、雇用保険被保険者番号をお知らせ下さい。