

令和8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		
資本金		主となる事業
雇用従業員数	人 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1名寄会場 (R8年4月2日、7日、8日)
- 土木施工科1土別会場 (R8年4月3日、9日、10日)

受講人員名 ※12名以上のは用紙をコピーして下さい。

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"/> 土別会場
2				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
3				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
4				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
5				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
6				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
7				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
8				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
9				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
10				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
11				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場
12				① ②	<input type="checkbox"/> 名寄会場 <input type="checkbox"/> 土別会場

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。