

# 受 講 申 込 書

宮古高等職業訓練校長 殿

貴校の訓練を受講したいので下記のとおり申し込み致します。

申込日 令和 年 月 日

|       |                                    |                          |
|-------|------------------------------------|--------------------------|
| 訓練コード | コース名                               | 訓練期間                     |
|       | 【事務科】<br>若手・新入社員 育成担当者研修<br>2日間コース | 令和5年2月9日 及び<br>令和5年2月10日 |

1. 受講者

| 番号 | (フリガナ)<br>受講者氏名 | 生年月日              | 現住所 | 雇用保険<br>被保険者番号 |
|----|-----------------|-------------------|-----|----------------|
| 1  |                 | T<br>S 年 月 日<br>H |     |                |
| 2  |                 | T<br>S 年 月 日<br>H |     |                |
| 3  |                 | T<br>S 年 月 日<br>H |     |                |
| 4  |                 | T<br>S 年 月 日<br>H |     |                |
| 5  |                 | T<br>S 年 月 日<br>H |     |                |

2. 勤務先

|                 |       |       |       |
|-----------------|-------|-------|-------|
| 事業所名称           |       | 代表者氏名 | ⑩     |
| 所在地             | 〒     |       |       |
| 電話番号            | ( ) - | FAX番号 | ( ) - |
| 資本金             | 万円    | 従業員数  | 名     |
| 雇用保険適用<br>事業所番号 | -     |       |       |

※ 処理欄

|        |   |            |  |           |     |
|--------|---|------------|--|-----------|-----|
| 補助対象要件 | 会員被保険者 ( ) 特別加入 ( ) 定年退職者 ( )<br>45歳以上 ( ) 復帰女性 ( ) 補助対象外 ( ) |            |  |           |     |
| 電算入力日  | 令和 年 月 日  | 処理者<br>確認印 |  | 助成金<br>申請 | 有・無 |