

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 年 月 日

訓練コード	コ ー ス 名	訓 練 期 間
2610224	【事務科】 リーダーシップ研修2日間コース	令和 8 年 10月22日 及び 令和 8 年 10月23日

1. 受 講 者

番号	(フリガナ) 受講者氏名	性別	生 年 月 日	現 住 所	雇 用 保 険 被保険者番号
1			S H 年 月 日		
2			S H 年 月 日		
3			S H 年 月 日		
4			S H 年 月 日		
5			S H 年 月 日		

2. 勤 務 先

事業所名称		代表者氏名	
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 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 () 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 確 認 印		助 成 金 申 請	有・無

※個人情報の取扱いについて、受講申込書にご記入頂いた個人情報は、訓練(講習)目的以外には使用しません。
※雇用保険加入者につきましては、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写しを添付してください。

今回受講される方に関し、以下の内容の記入をお願い致します。

	受講者名	性別	役職名	業務内容	勤務年数
1					年 ヶ月
2					年 ヶ月
3					年 ヶ月
4					年 ヶ月
5					年 ヶ月

訓練(講習)に対しての事業主様のご要望等がございましたらお聞かせください！

今回の「リーダーシップ研修」への受講派遣に際し、訓練(講習)内容へのご要望、派遣された貴社従業員の仕上がり像など、より良い結果を目標とし参考とさせて頂きたいと考えております。

ご意見、ご要望がございましたら、是非お聞かせください。

※受講お申込みの際にご一緒にご提出ください。

宮古高等職業訓練校 事務局