

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4年 月 日

訓練コード	コース名	訓練期間
	【事務科】 新入社員フォローアップ研修 2日間コース	令和4年9月26日及び 令和4年9月27日

1. 受講者

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

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