

受講申込書

令和 年 月 日

一関職業訓練協会長 殿

下記の職業訓練を受講したいので申し込みます。

会社名																					
代表者名										申込 担当者											
所在地	〒 -									TEL	()										
										FAX	()										
雇用保険適用事業所番号										-											-

受講希望コース ※希望のコースにチェック☑をして下さい。	
コース名	日程
<input type="checkbox"/> 型枠技能検定準備講習(講習Ⅰ)	12月15日(木)・12月16日(金)
<input type="checkbox"/> 型枠技能検定準備講習(講習Ⅱ)	1月10日(火)・1月11日(水)

受講申込者				
No.	フリガナ 氏名	生年月日	性別	雇用保険被保険者No.
1				- -
2				- -
3				- -
4				- -
5				- -

※雇用保険加入者の方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）の写しを添付して下さい。

一関職業訓練協会（FAX 0191-31-7060）