| 会員 | 非会員 | No. |
|---|---|---|

※記入しないこと

# 『職長・安全衛生責任者教育』申込書

平成　　年　　月　　日

職業訓練法人一関職業訓練協会長　様

標記講習会を受講したいので申し込みます。

| | |
|---|---|
| 訓練期間 | 平成 30 年 4 月 18 日（水）～ 平成 30 年 4 月 19 日（木） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成<br>年　月　日<br>（　歳） |
| 氏　名 | （ 男・女 ） | | |
| 本人住所 | 〒<br>TEL　（　） | 本籍地 | |
| 勤務先 | | | |
| 所在地 | 〒<br>TEL　（　） | 担当者名 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 雇用保険加入の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険被保険者番号 | | | | | － | | | | | | | － | |
| 雇用保険適用事業所番号 | | | | | － | | | | | | | － | |
| 受講中の賃金の支払い | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | |
| 受講料の負担 | 事業主負担　・　個人負担 | | | | | | | | | | | | |
| 労災特別加入の有無 | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | |

※申請前 6 ヶ月以内に撮影した上三分身無背景正面脱帽の写真 1 枚（30 ㎜×24 ㎜、裏面に氏名を記入）を添えて提出すること。

※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（写）を併せて提出して下さい。