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	
コース名	日　程
TWI-JI(人との接し方)	8 月 18 日(水)、19 日(木)

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。