

**( 研 削 と い し の 取 替 え 等 特 別 教 育 申 込 書 )**

ふりがな 氏 名	最終学歴(○印をしてください。また専攻学科も記入してください。) [中・高・短大・大学]卒業 (専攻学科 )	
生 年 月 日	(↓該当項目を○で囲んでください) 昭 和 平 成 年 月 日生( 才)	写 真 た て よ こ (3.5cm×2.5cm) 1枚はここに 貼ってください。
現 住 所	〒 — TEL ( )	
本 籍	県(県名のみ記入してください。)	
勤 務 先 所在地 事業所名	〒 — TEL ( )	
雇 用 保 険	雇 用 年 月 日	年 月 日
	雇 用 保 険 資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
	雇 用 保 険 被 保 険 者 番 号	
	雇 用 保 険 事 業 所 番 号	
労働者災害補償保険 (一人親方等の特別加者)	適 用 年 月 日	年 月 日
	保 険 番 号	
注(1)	○上記の者を雇用していることを証明します。 ----- ----- -----	
○ 雇用証明	(〒 — ) (TEL — — ) 所 在 地 事 業 所 名 代 表 者 氏 名 <span style="float:right">㊟</span>	
受講料振込年月日(2) (どちらかを○で囲んで下さい)	平成 年 月 日 ( 済 ・ 予 定 ) 年 月 日	

秋 田 県 職 業 能 力 開 発 協 会 長 殿

(受講者本人)

申 込 者 氏 名

㊟

- 注 (1) 雇用証明に関する事項を記入すること。  
 (2) 郵便局に振込みをする場合、「振込した日」または「振込予定日」を必ず記入してください。  
 (3) 「雇用保険被保険者通知書」のコピーを添付してください。

上記雇用証明の事業所は、当協会の ( 構成団体の内 ) 構 成 員	であることを証明します。  平成 年 月 日  秋 田 県 職 業 能 力 開 発 協 会 長 <span style="float:right">㊟</span>
---	--