受　講　申　込　書

※ 1. 受講希望の講習名欄に○印をつけてください。
　 2. 申込書は、1講習につき1枚必要になります。

（　　）ISO9001内部監査員講習　　（　　）ISO14001内部監査員講習

秋田県職業能力開発協会長　様

平成　　年　　月　　日

ふりがな 受講者氏名		最終学歴（○印をしてください） 【中・高・高専・短大・大学】 卒業
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　（年齢　才）	
現住所	〒　－　　TEL　（　）	
本籍	県　（県名のみ記入してください）	
該当項目欄に √ 印をしてください。	□ 雇用されている者（□ 常用・□ 臨時）、□ 事業主、□ 自営	
① 勤務先 所在地 事業所名 代表者氏名 （事業主、自営の方も記入）	TEL　（　）　／ FAX　（　） 〒　－ 印 **（受講者が被雇用者（常用）の場合に押印を）**	
	雇用年月日	年　月　日
② 雇用保険	資格取得年月日	年　月　日
	被保険者番号	
	事業所番号	
③ 労働者災害保障保険 （**一人親方等の特別加入者**に限る）	適用年月日	年　月　日
	保険番号	
④ 受講料振込年月日（どちらか○で囲んでください）	平成　年　月　日（済・予定）	

注　(1) ①、②、③については、該当事項のみ記入してください。
　　(2) ④には、郵便局に振り込みをする場合、「振り込みした日」または「振り込み予定日」を必ず記入してください。

「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　　印