

(アーク溶接特別教育 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入者) | 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 ㊟ | |
| 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

(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 平成 年 月 日 秋 田 県 職 業 能 力 開 発 協 会 長 ㊟ | 構成団体の内 () 構 成 員 | であることを証明します。 |
|---|------------------------|--------------|