

(有機溶剤作業主任者 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 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、「振込みした日」または「振込予定日」を必ず記入してください。
 (3) 「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書」のコピーを添付してください。

上記雇用証明の受講者は、中小企業主等に雇用されているものであります。

平成 年 月 日

秋 田 県 職 業 能 力 開 発 協 会 長