

**( 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