

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。

- | | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ISO9001内部監査員講習 (7/23・24) | <input type="checkbox"/> ISO9001内部監査員講習 (8/30・31) | } 受講経費要確認お願いします
(7月・8月の講習日程表参照) |
| <input type="checkbox"/> ISO14001内部監査員講習 (8/6・7) | | |
| <input type="checkbox"/> 衛生管理者試験受験準備講習 (1) | | |
| <input type="checkbox"/> 衛生管理者試験受験準備講習 (2) | | |

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	<input type="checkbox"/> 雇用されている者 (<input type="checkbox"/> 常用・ <input type="checkbox"/> 臨時)、 <input type="checkbox"/> 事業主、 <input type="checkbox"/> 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 ()	
	〒 -	
	(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	
	被 保 険 者 番 号	
	事 業 所 番 号	
③ 労働者災害補償保険 (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。

「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書」または

「労働者災害補償保険(一人親方等の特別加入者)」のコピーを添付してください。