# 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
（　　）　　講習

秋田県職業能力開発協会長　様

年　月　日

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな<br>受講者氏名 | | 最終学歴（○印をしてください）<br>【中・高・高専・短大・大学】<br>卒業 |
| 生年月日 | ↓該当項目を○で囲んでください<br>（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、□役員、□自営 | |
| 勤務先<br>所在地<br>事業所名 | TEL　（　）　／FAX　（　）<br>〒　－ | |
| | 雇用年月日 | 年　月　日 |
| 注(1)<br>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 | |
| | 雇用保険事業所従業員数 | 人 |
| 注(2) 労働者災害補償保険<br>(一人親方等の特別加入者に限る) | 適用年月日 | 年　月　日～　年　月　日 |
| | 保険番号 | |
| 注(3)<br>雇用証明<br>所在地<br>事業所名<br>代表者氏名 | TEL　（　）　／FAX　（　）<br>〒　－<br>㊞ | |
| 注(4) 受講料振込年月日<br>(どちらかを○で囲んで下さい) | 年　月　日（済・予定） | |

注　(1)(2)「**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。
(3) 雇用証明に関する事項を記入してください。
(4) 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。