

ISO9001・14001入門(基礎)講習 受講申込書

秋田県職業能力開発協会長 様

平成 年 月 日

ふりがな			最終学歴(○印をしてください) 【中・高・高専・短大・大学】 卒業
受講者氏名			
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 ()		
	〒 -		
			(印)
	(受講者が被雇用者(常用)の場合に押印を)		
② 雇用保険	雇用年月日	年 月 日	
	資格取得年月日	年 月 日	
	被保険者番号		
③ 労働者災害保障保険 (一人親方等の特別加入者に限る)	事業所番号		
	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、郵便局に振り込みをする場合、「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	構成団体の内 () 構 成 員	であることを証明します。
平成 年 月 日	秋田県職業能力開発協会長 (印)	