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。

（　）ISO14001内部監査員講習　　（　）初級品質管理講習
（　）衛生管理者試験受験準備講習(1)　　（　）衛生管理者試験受験準備講習(2)
（　）社会保険・労働保険基礎講習　　（　）社会保険・労働保険実務講習

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。	□雇用されている者（□常用・□臨時）、□事業主、□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	
	事業所番号	
③労働者災害保障保険 (一人親方等の特別加入者に限る)	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