

受講申込書

令和元年 月 日

職業訓練法人
佐渡職業訓練協会
佐渡高等職業訓練校
校長 様

写真
(入校時にデジカメで
撮らせていただける
方は不要です)

下記の通り受講したいので申し込みします。

コース	短期訓練 技能向上課程	科名	パソコン科	入門コース	
受講時間	時 分 ~ 時 分 ※各時間帯で5名未満の場合は時間の変更をお願いする場合があります。				
受講期間	令和元年 月 日 ~ 月 日まで 毎週 火・木曜日				
ふりがな					
氏名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女		
住所	〒 - 電話 () -				
最終学歴	中卒・高卒・短大卒・大学卒・その他()				
受講希望理由 (該当する番号に○をつけてください)	① 企業事業主に雇用されている(勤務先を記入) 注)雇用主より雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)の写しをもらってください。 ② 学卒未就職者 職業能力形成機会が十分でなく3年以上継続して正規雇用されたことがありません ③ 45歳以上の中高年齢者(再就職の準備) ④ 職場復帰希望(元の職場に復帰) 子が小学校就学の始期に達するまでに職業訓練を受講して安定的な復職、又は再就職をめざす ⑤ 定年退職者(再就職の準備のため)				

勤務先(雇用されている方は下記に記入してください)

名称					
所在地	〒 - 電話 () - FAX () -				
雇用主氏名					
雇用年月日	昭和・平成 年 月 日				
雇用保険被保険者番号 又は労災保険番号					

※雇用保険者証(事業所名が記載されているもの)の写し又は労災保険番号の写しを添付のこと

※ここに記載された個人情報は、公的機関への申請の他、職業訓練や講習会のご説明やサービスの提供において必要な場合のみ使用します。