

# 受講申込書

令和 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く方は不要です)

下記の通り受講したいので申し込みします。

コ	一	ス	短期訓練 技能向上課程	科名	第一種電気工事科			
受	講	時	間	午後6時30 ~ 午後9時05分				
受	講	期	間	令和 3年 7月 2日 ~ 12月 3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	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(3年以上継続して正規雇用がない) 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) ⑤ 定年退職者(再就職の準備のため) ⑥ その他( )				

## 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 ( )	-													
			F A X ( )	-													
雇	用	主	氏	名													
雇	用	年	月	日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 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、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。