

令和 年度

澁川地区高等職業訓練校

年 月 日

写 真

(上 半 身)

所在地	〒 -	
(ふりがな)		
事業所名		
(ふりがな)		
代表者名	印	
電 話	事業所	自宅
F A X	事業主携帯	

当事業所の下記の従業員を貴校の 科に、入校させたいので 入校負担金13,000円を添え申込します

記

本人氏名	生年月日	本籍(県名)	現 住 所	携帯番号	卒 業 校 名
			〒 -		

訓練生入校資料

令和 年度				令和 年 月 日現在						
ふりがな		性別	男女	本籍地(県名)	身体状況		健康程度	既往症		
氏名							健 普 弱			
生年月日	平成・昭和 年 月 日 (満 才)	学歴			学校名	専攻学科	卒業年月日	備考(中退等)		
現住所	〒 - Tel () -									
現勤務先	事業所名		事業主名		家族の状況	続柄	氏名	生年月日	勤務先又は在学校名	同居・別居
	所在地 〒 - Tel () -									
	就職年月日		平成・昭和・令和 年 月 日							
	雇用保険適用事業所番号									
	訓練生雇用保険被保険者番号									
法人設立及び事業所開設年月日				事業所の略図						
資本金及び出資金										
従業員数(雇用保険に加入人数)										
建設許可番号(無い場合は無しと記入)										
指導員免許取得年月日(事業主)										
労災保険設立年月日(事業所)										
※ 労働保険番号(雇用保険未加入の場合) 特別加入(中小企業主及び1人親方)										
実労働時間										
給料(訓練生)『日給 円・月給 円』										

◆ 添付書類 雇用保険被保険者資格等確認通知書の写し『事業所番号の記載されているもの』、雇用保険未加入の場合労働保険加入証写し