

短期訓練受講申込書

平成 年 月 日

庄内職業高等専門校長 殿

事業所所在地

事業所名

事業主名

㊞

受講者名

㊞

短期課程を受講したいので下記の通り申し込みます。

記

訓練課程	短期課程		
訓練科			
訓練期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)		
受講者	氏名		
	住所		
	電話番号	携帯番号	
	E-Mail		
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	男・女
	学歴	中学 高校 短大 大学	訓練校
	雇用年月日	平成 年 月 日	
	雇用保険被保険者番号		
労働保険被保険者証 一人親方又は 事業所特別加入	適用年月日	平成 年 月 日	
	保険番号		
事業所	資本金	常用労働者数	人
	事業の種類	建築事業	電話番号
	雇用保険適用事業所番号		