

受講申込書

科

コース

会場名	佐久高等職業訓練校	訓練期間	
-----	-----------	------	--

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	昭平 令 元	年 月 日生	年齢 歳
現住所	〒 TEL ()		
勤務先名 及び住所	〒 TEL ()		
雇用保険被保険者番号	□□□□ - □□□□□□□□ - □		
雇用保険事業所番号	□□□□ - □□□□□□□□ - □		
備考	□□ - □ - □□ □□□□□□□□ - □□□□		

- (注) 1. 雇用保険被保険者番号は必ず記入してください。
2. 雇用保険に加入していない場合は、備考欄に労働者災害補償法第27条の規定に基づく特別加入者番号を記入してください。