

※受講する講習に☑をお願いします。

※申込書は1講習につき1人1枚です。

※雇用保険加入者は必ず「雇用保険被保険者証」のコピーも添付願います。

9月 職長・安全衛生責任者教育

化学物質管理者・保護具着用管理責任者教育

受 講 申 込 書

ふりがな 氏 名				最終学歴(○で囲んで下さい。 中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院				
生年月日	昭和・平成	年	月	日(才)	本籍	県		
現住所	〒 TEL - -							
現勤務先 住 所 事業所名 代表者名	〒 TEL - -							
雇用保険	雇用年月日	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日
	雇用保険 被保険者番号							
	雇用保険 事業所番号							
雇用証明	上記の者を、現在雇用していることを証明します。 令和 年 月 日 〒 TEL - - 住 所 事業所名 代表者名 印							
※ 1人親方のみ記入して下さい	適用年月日	年	月	日				
労働者災害補償保険番号	保 険 番 号							

令和 年 月 日

横手地方職業能力開発協会協会長 殿

受講者氏名

印