

# 受講申込書

(個人用)

|                              |  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
|------------------------------|--|-------------|-------|-----------|---|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|
| 申 込 日                        | 年 月 日  | 開 始 日       | 年 月 日 | 昼<br>夜    |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 受 講 科 目                      |  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| ふ り が な<br>氏 名               |  | 男<br>・<br>女 | 生年月日  | 年 月 日     |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 住 所                          | 〒 -  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 電 話<br>携 帯 電 話               | ( ) -<br>( ) -   |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| ※ 勤 務 先                      | パート・臨時職員の方も必ずご記入ください。  |             |       | 雇 用 年 月 日 |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
|                              |  |             |       | 年 月 日     |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 勤 務 先 住 所                    | TEL ( ) -  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 雇 用 保 険                      | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (どちらかに✓を付けてください)<br>※ 過去に雇用保険を受給された方も、有  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
|                              | ① 有の場合＝被保険者番号<br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ※健康保険の番号とは異なります。 |             |       |           |   |  |  |  |  | - |   |  |  |  |  | - |
|                              |  |             |       |           | - |  |  |  |  |   | - |  |  |  |  |   |
| 講 座 受 講 経 験<br>(訓練センター主催)    | 受 講 時 期  | 年 月 頃       |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
|                              | 受 講 講 座  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 個 人 情 報<br>に 関 する<br>利 用 目 的 | 受講申込者との連絡事項、名簿作成、修了証書作成並びに必要なに応じて認定申請、実習先への名簿提供に利用いたします。   |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
| 備 考                          | 退職された方は、差支えなければ以前の職場と退職年月を記入ください。<br>( 年 月)  |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |
|                              | この講座は何でお知りになりましたか、✓を付けてください<br><input type="checkbox"/> 新聞チラシ <input type="checkbox"/> 広報三次(市役所) <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> Web サイト<br>その他 ( )   |             |       |           |   |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |   |