

岡山県立高等技術専門校長 殿

在職者訓練受講申込書

次の職業訓練を申し込みます。

コース番号		コース名	
申込者氏名	フリガナ		
	氏 名		
生年月日	昭和・平成	年 月 日	性別 ※1
住 所	〒		
連絡先	電話番号	— —	
	E-mail	@	
勤務先	事業所名		
	所在地	〒	
	電話番号	— —	
	従業員数	企業全体の労働者数 (本社、支店、出張所などを合わせた数) <input type="checkbox"/> 1~29人 <input type="checkbox"/> 30~99人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 300~499人 <input type="checkbox"/> 500~999人 <input type="checkbox"/> 1,000人~	
勤務先記入欄	上記の者は、当事業所の従業員に相違ありません。 年 月 日 (自署又は押印) 職・氏名： _____		
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> 非正規雇用 (パート・アルバイト・その他)	
	雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	

※1 統計上必要ですので、戸籍上の性別を記入ください。

※ 勤務先記入欄へは、直属の上司の方が御記入ください。申込者が事業主の場合は、事業主の職・氏名を記入し、氏名の後に(事業主)と書き添えてください。雇用形態等のチェックは不要です。

※ 受講申込みを取り止める場合は、連絡をお願いします。

※ 取得した個人情報、受講手続及び個人を特定しない統計的集計を目的とした利用のみに使用し、ご本人の同意なしに個人情報を第三者に提供いたしません。