

受講申込書

平成 年 月 日

次の訓練を受講したいので申し込みます。

講座名	No.	受講開始日 平成 年 月 日
-----	-----	----------------

鈴鹿技能高等教育センター所長 様

雇用保険被保険者番号

ふりがな		<input type="checkbox"/> 昭		<input type="checkbox"/> 男
受講者氏名		<input type="checkbox"/> 平	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 女
住 所	〒	電話番号	()	—
本 籍 地		都道府県		

職業訓練法人鈴鹿地域職業訓練協会

雇用保険適用事業所番号

勤 務 先		電話番号	()	—
所 在 地	〒			

※ 決 済			※ 照合審査	※ 受 講 料	※ 受 付
所 長	指導員	係			