

# 受講申込書

科

コース

会場名	長野地域職業訓練センター	訓練期間	
-----	--------------	------	--

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	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. 勤務先と雇用保険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。