# 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　あて

雇用保険被保険者番号（　　－　　－　　）

※雇用保険被保険者証（事業主通知用）の写しを添付してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>受講者氏名 | | 昭<br>平　　年　　月　　日生 | 男<br>女 |
| 住　　所 | 〒　　－ | 電話番号 | （　　）<br>－ |
| 本　籍　地 | 都道府県 | | |

上記の個人情報は、ご本人の承諾なしに受講申込手続以外に使用することはありません。

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 | （　　）<br>－ |
| 所　在　地 | 〒　　－ | | |

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