

受講申込書

令和 年 月 日

鈴鹿技能高等教育センター所長 あて

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

雇用保険被保険者番号 (-)

ふりがな		男	生年月日	昭平	年 月 日生
受講者氏名		女			
旧姓等の併記	希望あり <input type="checkbox"/> ※希望の場合は√点 旧姓等 ()		電話番号	()	-
住所	〒 -				

※ 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。

また、外国籍の方は在留カード等の写し、氏名欄に旧姓等の併記を希望される方は証明する書類を添付してお申し込みください。

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	()
所在地	〒 -		

※ 決 済			※ 照 合 審 査	※ 受 講 料	※ 受 付
所 長	指 導 員	係			