**在職者訓練受講申込書（事業所用）**

令和年月日

高知県立（ 高知・中村 ）高等技術学校長 様

（申込事業者）

 所在地 〒（―）

 事業所名

 代表者 職・氏名

下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 訓練コース名 | フルハーネス型安全帯使用作業特別教育 |
| 訓練場所 | 高知県立中村高等技術学校 |
| 訓練期間 | 令和７年１１月１６日（日） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 | 【　男 ・ 女　】 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | 年齢　　　　歳 |
| 住所及び連絡先 | 　〒（　　　　―　　　　　）　　電話　　　　（　　　　） |
| 所属事業所 | 所在地　〒（　　　　―　　　　　）　　事業所名　　電話　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　従業員数　　　　　　　名 |
| 職務内容 |  | 実務経験 | 年　　ヶ月 |
| 就業形態 | 正社員　・　非正規　・　その他（自営業など） |
| 修了証書の交付 | 必要　　・　　不要 |
| 備考 |  |

* この申込み書は、事業主が受講料を支払う場合の様式です。（個人が受講料を支払う場合は、個人用の在職者訓練受講申込書（第3号様式）を提出してください。）
* 受付は郵送、持参のみです。（FAXによる送付は不可）必ず原本を提出してください。
* 従業員数は、企業全体の労働者数（本社、支社、支店、出張所及び工場を合わせた数）をご記入ください。