

在職者訓練受講申込書（個人用）

令和 年 月 日

高知県立（高知・中村）高等技術学校長 様

（申 込 者）

住 所 〒（            —            ）

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<br>講<br>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<br>及び<br>連 絡 先 | 〒（            —            ）<br>電話            （            ） |         |           |
|             | 所 属 事 業 所          | 事業所名<br><br>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、個人が受講料を支払う場合の様式です。（事業主が受講料を支払う場合は、事業主用の在職者訓練受講申込書（第2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。