

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。