

記入の仕方



上越人材ハイスクール入校願書

申込日 令和2年6月10日

新潟県認定 上越人材ハイスクール校長 様

貴校 第2種電気工事 (学科・実技) 科訓練生として、

押印をお願いいたします。
致します。

1) 太線内は必ず記入してください。(必須)

フリガナ	シウ エツ タロウ		性別	男	年齢	40 歳
氏名	上越 太郎		印	上越	本籍	新潟
生年月日	昭和・平成	46年7月	生まれ	女		
現住所	〒943-0823 上越市高土区(町)3丁目1番15号					
電話番号	TEL (025) 523-2690		携帯電話	090-1234-5678		
最終学歴	中学卒 (高校卒) (普通) 科				昭和・平成 2 年卒	
最終学歴に○をして、科名を記入してください	専門卒・短大卒 () 科					
	大学卒 () 学部 () 科					

※国家資格に係わるコース (2級建築士、第1種・第2種電気工事士、1級・2級技能検定関連) は実務経験年数及び学歴を記入してください。

学歴及び	高等学校 () 科	昭和・平成	年卒
	専門学校 () 科	昭和・平成	年卒
	短大・大学 () 学部 () 科	昭和・平成	年卒
実務経験年数	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 の 年 ヶ月		

2) 中小企業にお勤めで雇用保険又は労災保険特別加入の方のみ下記の二重枠内を記入してください。

※雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用) の写しを、労災保険特別加入者は保険加入証明書を提出すること

事業所名	株式会社 人材	事業主名	山田 一郎
事業所住所	〒943-0823 上越市高土区(町)3丁目0番0号		
	TEL (025) 523-2690		FAX (025) 525-8259
雇用保険被保険者番号	1503-777777-7	雇用保険事業所番号	1503-111111-1
※雇用されている方のみ記入してください。			
労災保険特別加入番号		雇用年月日	昭和(平成) 2年4月1日
		従業員数	30 人

中小企業にお勤めで雇用保険に加入している方、又は労災保険特別加入の方のみ二重枠内を記入してください。

※雇用保険被保険者資格取得確認通知書 (事業主通知用) の写しを、労災保険特別加入者は保険加入証明書を提出された方は () 割引金額になります。

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用)	
確認 (受理) 通知年月日	雇用保険被保険者資格取得・転勤・氏名変更・区分変更 届に基づき、下記のとおり確認 (通知) します。
110707	公共職業安定所長
被保険者番号	事業所番号
1503-777777-7	1503-111111-1
被保険者氏名	性別
シウ エツ タロウ	(1) 男 (2) 女
事業所名略称	生年月日 (元号一年月日) 元号
ジンザイブシカイヤ	300401 (1) 明治 2 大正 (3) 昭和 4 平成
	取得時 (変更後) 被保険者種類・区分
	(1) 1又49:一般 7:短時間 (2) 4又45:高年齢 8:短時間 (高年齢)
	転勤の年月日