

# 記入の仕方



## 上越人材ハイスクール入校願書

申込日 平成30年4月20日

新潟県認定 上越人材ハイスクール校長 様

貴校 コース名 エクセル基礎

科訓練生として、

押印お願い  
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	年齢
氏名	上越 太郎	男	40 歳
生年月日	昭和・平成 46年 7月 1日 生まれ	女	本籍 都道府県
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 最終学歴に○をして、科名 専門卒・短大卒 ( ) 科 大学卒 ( ) 学部 ( ) 科 昭和・平成 2 年卒		

※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
労災保険特別加入番号		雇用	昭和・平成 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。
被保険者番号	110707
事業所番号	1503-777777-7
管轄区分	1503-111111-1
被保険者氏名	シウ エツ タロウ
性別	男
生年月日(元号-年月日)	300401
元号	明治 2 大正 3 昭和 4 平成
事業所名略称	ジンサ イブシカ イヤ
公共職業安定所長	110707
被保険者となった年月	
被保険者区分変更年月	
取得時(変更後)被保険者種類・区分	
転勤の年月日	