

# FAX 0246-21-7931 (株)ニチイ学館 行

受講申込書 ※添付①雇用保険被保険者資格取得届(事業主通知用)(写)・②保有資格者証(写)

事業所名:	記入日: 年 月 日
所在地:〒	<input type="checkbox"/> 被災12市町村に 事業所がある
震災前所在地 * 平成23年3月11日時点のご住所 都 道 市 区 町 府 県 郡 村	
連絡先〔ご担当者名〕  TEL : FAX :	
対象確認 * あてはまる項目に☑を入れてください。  <input type="checkbox"/> 被災12市町村の事業所 <input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村へ進出を予定している事業所( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 被災12市町村に就業先がある事業所 <input type="checkbox"/> 将来的に被災12市町村で操業を予定している事業所( 年 月頃)	※被災12市町村 (田村市・南相馬市・川俣町・ 広野町・楡葉町・富岡町・川内村・大熊町・ 双葉町・浪江町・葛尾村・飯館村)
上記のいずれかに該当し、かつ下記2つに該当する事業所がお申込みいただけます	
<input type="checkbox"/> 受講希望者は貴社の被雇用者である <input type="checkbox"/> 受講希望者は講習の全課程を全て受講できる	

受講希望者記入欄	※本申込みでいただいた個人情報は、福島雇用促進支援事業の開催運営を目的としてのみ使用させていただきます。		
①受講生(フリガナ)	雇用年月日:		
生年月日:	性別: 男 ・ 女		
住所:〒	連絡先:TEL		
保有資格: ヘルパー2級 / 初任者	※介護福祉士国家試験受験予定 年		
②受講生(フリガナ):	雇用年月日:		
生年月日:	性別: 男 ・ 女		
住所:〒	連絡先:TEL		
保有資格: ヘルパー2級 / 初任者	※介護福祉士国家試験受験予定 年		