様式第１号(第４条関係)

職場適応訓練申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 年齢　歳 | 雇用保険に係る基本手当の受給資格者証番号 |  |
| 住　　　所 |  |
| 指示に関する　事　項 | 公共職業安定所名 | 公共職業安定所（　　　　出張所） | 指示を受けた年月日 | 年　　月　　日 |
| 指示の種類 |  |
| 訓練期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 雇用保険の受給資格 | 資格の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 賃金日額 | 円 |
| 通所に関する　事　項 | 通所距離 | 片道　　　　　　　　　　　　　　　キロメートル |
| 通所の特別事項 |  |
| 寄宿に関する事項 | 家族の状況 | 寄宿の事実(予定の有無) | 有・無 | 寄宿開始(予定)年月日　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 申込者との続柄 | 年齢 | 職　業 | 扶養の有無 | 同　居・別居の別 | 同居している者の住所または居所 |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |
|  |  | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同居・別　居 |  |

上記のとおり職場適応訓練を申し込みます。

年　　月　　日

福井県知事様

氏　名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 申込書受理年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ※ | 公共職業安定所長の意見 | 委託予定事業所名 |  |
| 訓練職種 |  |
| 総合意見 |  |

年　　月　　日

公共職業安定所長

注意　※印欄は、記入しないでください。