様式第2号(第5条関係）

職場適応訓練受託申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所に関する事項 | 事業の名称 |  | 事業主または代表者の氏名 |  |
| 所在地 |  | 事業内容 |  |
| 従業員数 |  | 加入保険等 | 健保、雇保、厚生、労災、退共 |
| 職場適応訓練に関する事項 | 訓練職種 |  | 人員 |  |
| 年齢 |  |
| 作業内容、使用する機械道具等および扱う原材料等 |  |
| 通勤・寄宿の別 | 通　勤・寄　宿　(宿舎の状況　　　　　　　　) |
| 指導員 | 氏名 | （　　　　歳） |
| 学歴・経験 |  | 資格免許 |  |
| 訓練終了後そのまま雇用し得る見通し |  | 雇用後の賃金 |  |
| 申込み有効期間 | 年　　　月　　　日まで |
| 備考 |  |

上記のとおり職場適応訓練の受託を申し込みます。

年　　月　　日

事　業　所　の　所　在　地

事　業　所　の　名　称

事業主または代表者の氏名

福井県知事　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ | 申　込　書　受　理　年　月　日 | 年　　　月　　　日 |
| ※ | 公共職業安定所長の意見 |  |

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。