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。