

〒

出向先事業主 所在地

名 称

代表者役職名

氏名

電話番号

印

企業連携型訓練を実施する出向先事業主				
1 事業所の名称				
2 事業所の所在地	(〒)		電話番号 — —	
3 雇用保険適用事業所番号	—	—		
4 労働保険番号	—	—		
5 企業の主たる事業 イ. 小売業(飲食店を含む) ロ. サービス業 ハ. 卸売業 ニ. その他 ()	6 産業分類			
	7 企業の資本の額 又は出資の総額	万円		
	8 企業全体の常時雇用する労働者数	人	9 企業規模 (大企業・中小企業)	

〒

事業主団体等 所在地

名 称

代表者役職名

氏名

電話番号

印

事業主団体等連携型訓練を実施する事業主団体等				
1 申請者の区分	事業主団体 ・ 共同事業主			
2 事業主団体等の名称				
3 事業主団体等の所在地	(〒)		電話番号 — —	
4 雇用保険適用事業所番号	—	—		
5 労働保険番号	—	—		
6 本訓練を実施するに際し公共機関からの補助の有無	有	(名称:)	無	
7 本訓練を実施するに際し受講料の徴収の有無	有		無	