

※特定分野認定実習併用職業訓練(企業連携型訓練・事業主団体等連携型訓練)、団体型訓練(共同事業主)

〒

(企業連携型訓練) 出向先事業主 所在地

または(団体型訓練) 共同事業主 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または(団体型訓練)訓練実施計画書を提出する共同事業主					
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		9 職業能力開発推進者	役職	
	7 企業の資本の額 又は出資の総額	万円		氏名	
	8 企業全体の常時雇用する労働者数	人	10 企業規模 (大企業・中小企業)		

〒

事業主団体等連携型訓練) 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