

# 新任警備員教育（セキュリティ科）受講申込書 (入校願)

令和      年      月      日

一般社団法人 神奈川県警備業協会会長 殿

下記のとおり、新任警備員教育を申し込みます。

希望コース	ア 1号業務（3日間）      イ 2号業務（3日間）      ウ 基本教育（1.5日間） （希望コースに○印を付してください）				
会員・非会員の別	ア 会員      イ 非会員      ウ 一般・未認定業者 （該当欄に○印を付してください）				
受講年月日	令和      年      月      日（      ）～      月      日（      ）までの 1.5 ・ 3 日間				
受講者名・生年月日・性別・雇用関係等	氏名	(ふりがな)      ㊟	生年月日      S・H      年      月      日生 入校時      (      ) 歳	性別	男・女
	住所	〒      -		採用直前の職業	
	雇用年月日	S・H・R      年      月      日	雇用保険被保険者証番号	-      -	
	氏名	(ふりがな)      ㊟	生年月日      S・H      年      月      日生 入校時      (      ) 歳	性別	男・女
	住所	〒      -		採用直前の職業	
	雇用年月日	S・H・R      年      月      日	雇用保険被保険者証番号	-      -	
	氏名	(ふりがな)      ㊟	生年月日      S・H      年      月      日生 入校時      (      ) 歳	性別	男・女
住所	〒      -		採用直前の職業		
雇用年月日	S・H・R      年      月      日	雇用保険被保険者証番号	-      -		
受講申込事業所	雇用証明	上記の者は、当社の従業員であることを証明致します。			
	代表者名（役職・氏名）	㊟			
	事業所所在地	〒      -			
	事業所名				
	代表者	㊟			
	資本金 出資金	円	常時雇用する 労働者数	人	
	担当者				
電話番号	(      )      -	F A X	(      )      -		
受講料	受講者数	名		受講料（合計）	円
	受講料	振込み年月日	月      日	備考	
	支払方法	現金持参	月      日	受講者払 会社払	
備考	・雇用証明      雇用関係を明らかにするため、上記雇用証明欄のご記入をお願いします。 （代表者名、支店長名、営業所長名等に職印を押印願います）				
	・雇用保険被保険者証      4桁-6桁-1桁の番号をご記入し、雇用保険被保険者証の写しを添付してください。				