

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	（ふりがな）氏名	Ⓜ	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	-		
	（ふりがな）氏名	Ⓜ	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	-		
	（ふりがな）氏名	Ⓜ	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。					