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） （希望コースに〇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 （該当欄に〇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	企業全体で常時雇用する労働者数	人		
	担当者					
	電話番号	（　）　－	ＦＡＸ（　）　－			
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桁ー6桁ー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。					