

事業所名			
代表者	役職	氏名	㊟
連絡先 (住所/電話)	〒 住所 電話 - - FAX - -		
担当者	役職	Mail	@
	氏名		
所属団体	<input type="checkbox"/> 熊本県日本調理技能士会		<input type="checkbox"/> 熊本県司厨士技能士会
	<input type="checkbox"/> 日本中国料理協会 熊本県支部		<input type="checkbox"/> 熊本県技能士会連合会

平成 年 月 日

職業訓練法人熊本市職業訓練センター

(熊本職業訓練短期大学校) 会長 笹原 博次 殿

次の者は、募集要項の対象者としての要件をすべて満たすことを証明し、平成 31 年 4 月より調理技術科に入校させることを希望します。

派遣訓練生の情報 (第 1 希望者)

希望のコース	<input type="checkbox"/> 日本調理コース <input type="checkbox"/> 西洋調理コース		写真を貼付してください (縦×横 4 cm × 3 cm)
(ふりがな)		昭和・平成	
氏名	生年 月日	年 月 日	
調理の経験年数	約 年		
役職	<input type="checkbox"/> 総料理長 <input type="checkbox"/> 料理長 <input type="checkbox"/> 主任調理人 <input type="checkbox"/> 一般調理人 <input type="checkbox"/> 研修中 (見習い) <input type="checkbox"/> 新入社員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
調理関連資格	<input type="checkbox"/> 専門調理師 (職種:) <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先	<input type="checkbox"/> 同上 ※同上のときは次の記入は必要ありません 名称 住所		
雇用保険	<input type="checkbox"/> 被保険者 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 未加入又は適用除外		
その他	<input type="checkbox"/> 新卒者は左の□に✓をつけ、卒業見込証明書の写しを添付してください		
	事前に短期大学校に伝えておきたいことがありましたらご記入ください		

※ 2 人以上の派遣を希望されるときは、裏面もご利用ください

