

各種資格取得技能講習受講者の個人情報は、各種情報の受講者への提供と情報収集、補助金・助成金申請に伴う活動など、認定職業訓練推進に関する利用目的の範囲内で利用し、これ以外の目的には利用しません

# 技能講習会受講者調査票

長野県建設訓練協会  
建設職業訓練センター  
提出年月日平成 30年 月 日

★従業員を派遣する事業所は当協会の第2種会員（会費無料）として登録されます。

|                     |   |
|---------------------|---|
| 受講者氏名               | 生年月日  |
| 職 層<br>(〇印をつけてください) | <input type="checkbox"/> ① 従業員 ※事業所に雇用され、雇用保険をかけている方<br><input type="checkbox"/> ② 一人親方<br><input type="checkbox"/> ③ 事業主<br><input type="checkbox"/> ④ 現在求職中の方 |

- ①を選択された方は、下記「従業員が勤務する事業所欄」にもれなく記入してください。  
 ②を選択された方は、下記「一人親方欄」にもれなく記入してください。  
 ③、④を選択された方は、記入事項はありません。

|                         |   |               |   |        |  |
|-------------------------|---|---------------|---|--------|--|
| 従業員が勤務する事業所欄            | 勤務事業所名  | 建設業許可番号       | (年)   | (番号)   |  |
|                         | 事業主名  |               |   |        |  |
|                         | 事業所所在地  | 郵便番号 □□□-□□□□ | 電話番号 ( )  | -      |  |
|                         | 資本金額  | 円             | 常用労働者数  | 人      |  |
|                         | ※右記を参考に、事業所の雇用保険率を記入してください<br>勤務事業所の雇用保険率<br>_____/1000 | 雇用保険率         | 事業の種類   |        |  |
|                         |   | 12/1000       | 土木、建築その他の工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊若しくは解体又はその準備の事業       |        |  |
|                         |   | 11/1000       | 土地の耕作若しくは開墾又は植物の栽植、栽培、接取若しくは伐採の事業その他農林の事業、清酒の製造事業など |        |  |
|                         |   | 9/1000        | 上記以外の事業   |        |  |
|                         | 雇用保険・適用事業所番号  |               | 安定所番号   | 事業所番号  |  |
|                         | 雇用保険・被保険者番号   |               | 安定所番号   | 被保険者番号 |  |
| →※雇用保険被保険者証の写しを提出してください |   |               |   |        |  |

※上欄に未記入部分がある場合、受講者または事業所に問い合わせをさせていただく場合があります。

|                         |                                 |     |       |     |     |     |       |         |
|-------------------------|---------------------------------|-----|-------|-----|-----|-----|-------|---------|
| 一人親方欄                   | 労働保険（一人親方労災特別加入）の成立の有無          |     | 有 ・ 無 |     |     |     |       |         |
|                         | ※有を選択された方は、下記に労働保険番号を必ず記入してください |     |       |     |     |     |       |         |
|                         | 労働保険（一人親方労災）保険番号                | 府 県 | 所 掌   | 管 掌 | 基 幹 | 番 号 | 枝 番 号 | 整 理 番 号 |
| →番号の裏付けとなる書類の添付をお願いします。 |                                 |     |       |     |     |     |       |         |

※上欄に未記入部分がある場合、受講者に問い合わせをさせていただく場合があります。

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|