

■ 資格取得支援事業 ■

有機溶剤作業主任者技能講習

受講者募集

季節労働者の方を対象とした、有機溶剤作業主任者技能講習を北海道労働局登録教習機関にて実施します。

屋内作業場又はタンク、船倉若しくは坑の内部等の場所において有機溶剤(当該有機溶剤と当該有機溶剤以外の物との混合物で、当該有機溶剤を当該混合物の重量の5%を超えて含有するものを含む)を製造し、又は取り扱う業務に選任する主任者に必要な講習です。

※有機溶剤の主なもの:アセトン・キシレン・エチルエーテル・酢酸エチル・ノルマンヘキサン・メタノール・四塩化炭素・トリクロロエチレン・トルエンなど(労働安全衛生法施行令別表第6の2で規定されています。)

受講経費
無料

有機溶剤作業主任者技能講習

令和6年1月11日(木)~12日(金) **2日間**

講習時間 11日(木) 8:50~16:10 12日(金) 8:50~17:15

会場 釧路工業技術センター(釧路市鳥取南7-2-23)

募集定員 **4名** ※最低受講者数に満たない場合は、中止となる場合もあります

受講経費 **無料**(講習料・テキスト代) 申込締切 令和5年12月19日(火)



実施主体/公益社団法人 北海道労働基準協会連合会 釧路支部
(受託事業者) 釧路市鳥取大通1-8-2(釧路労働基準協会内) TEL:0154-65-5169

対象者・申込方法

- 釧路管内に住民登録されている、資格取得を通じて通年雇用を目指す**季節労働者**で、次の①~③のいずれかに該当する方。
 - ①雇用保険の種類が「短期雇用特例被保険者」として、現在雇用されている方。
 - ②現在離職中で、前職において雇用保険の種類が「短期雇用特例被保険者」であった方。
 - ③現在離職中で、前職の雇用保険の種類が「一般被保険者」であったがその受給資格を有せず、かつ、前々職において雇用保険の種類が「短期雇用特例被保険者」であった方。
- ※②は前職を、③は前々職を令和4年4月1日以降に離職した方。

<申込方法>

- 裏面の【**申込みに必要なもの**】を持参の上、当協議会までお越しください。

お申込み・お問合せ

釧路地域通年雇用促進支援協議会 TEL 0154-52-7744 FAX 0154-53-4032

〒084-0905 釧路市鳥取南7-2-20(釧路地域職業訓練センター内)

URL <http://www.kushiro-tsunen.jp/> E-mail kushiro-tsunen@silk.plala.or.jp



詳細は
ウラ面を
ご覧下さい

申込みに必要なもの

① 受講申込書 2枚 (当協議会HPより印刷可)

技能講習 受講申込書 (兼台帳)

創路地域通年雇用促進支援協議会 会長 殿

令和 年 月 日

受講者氏名 _____

次の講習を受講したいので、関係書類を添えて、下記の通り受講申し込みを致します。
なお、講習は自己負担となること、並びに受講期間中に自己都合により欠席及び辞退した場合、受講経費が自己負担になることについて同意致します。

記

* 太枠内のみ記入してください

受講する技能講習名	有機溶剤作業主任者	講習料金 ¥
講習機関名	公益社団法人 北海道労働基準協会連合会 創路支部	
受講期間	____年 月 日	

※雇用されている方は「雇用保険特例受給資格者証」を添付
※離職中の方は「雇用保険特例受給資格者証」を添付

フリガナ	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
現住所	〒 _____	電話	_____	_____	_____

※記入不要

協議会使用欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書	受給資格取得年月日	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険特例受給資格者証	季節労働者登録番号	
		<input type="checkbox"/> 特例受給資格者失業認定申告書	FAX 送付	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者離職票-1、離職票-2		

当協議会様式

様式11-16 有機溶剤作業主任者技能講習受講申込書

受講地 _____ 受講日 _____ ~ _____

氏名 _____

住所 _____ TEL _____ FAX _____

生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 月 日

講習で正座に書いて下さい。

____年 月 日

(公社) 北海道労働基準協会連合会 会長 殿

受講番号 _____ (注) 空欄は記入しないでください。

〒 _____ (受講票) の送り先 1. 自宅 2. 勤務先 3. その他 ()

講習実施機関様式

- ② 証明写真2枚 (3.0cm×2.4cm *デジタルフォト専用紙に印刷したものに限り) ※裏面に必ず氏名を記入
 - ③ 雇用保険特例受給資格を証明する下記の **A(就労中の方)**・**B(離職中の方)** のいずれかの書類
- ※上記①~③を持参の上、当協議会までお越しください。

A 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (被保険者通知用)

創路 公共職業安定所 労働部 課

被保険者番号 _____ 確認(受理)通知年月日 _____ 取得時資格取得年月日 _____ 被保険者種類 _____

被保険者氏名 _____ 生年月日(元号一年月日) _____ (2 大正 3 昭和 4 平成)

事業所名称 _____ 転勤の年月日 _____

ここの数字が 2または3の方

B 特例受給資格者失業認定申告書 又は 雇用保険特例受給資格者証

様式11-17 特例受給資格者失業認定申告書

1. 氏名 _____

2. 生年月日 _____

3. 特例受給資格者証番号 _____

4. 失業認定年月日 _____

5. 失業認定理由 _____

6. 失業認定日 _____

7. 失業認定場所 _____

8. 失業認定期間 _____

9. 失業認定期間 _____

10. 失業認定期間 _____

11. 失業認定期間 _____

12. 失業認定期間 _____

13. 失業認定期間 _____

14. 失業認定期間 _____

15. 失業認定期間 _____

16. 失業認定期間 _____

17. 失業認定期間 _____

18. 失業認定期間 _____

19. 失業認定期間 _____

20. 失業認定期間 _____

21. 失業認定期間 _____

22. 失業認定期間 _____

23. 失業認定期間 _____