技 能 実 習 生 紹 介 申 込 書

医療介護ネットワーク協同組合　御中

下記内容にて、外国人技能実習生の紹介を依頼します。　　平成　　年　　月　　日

会社名	
代表者肩書き	代表者氏名 社印
技能実習指導員名	生活指導員名
業種	作業内容
本社住所	
研修場所住所	
電話	ＦＡＸ
就労時間 ：　～　：	休憩時間 ：　～　：　１日　時間勤務
給与締日 毎月　日締め	給与支払日 当 ・ 翌 月　日支払
休日 毎週　曜日、　曜日　国民の祝日　年末年始　月　日 ～　月　日	
宿泊施設　□寮　□賃貸アパート　□賃貸マンション　□戸建て住宅 住所	社宅-本人負担費用　円程度
就労希望時期 申込後６ヶ月以上必要です。　年　月頃　名を赴任希望	
技能実習生の選抜面接 □参加する(参加予定者名：　)　□不参加(ＴＶ電話等)　□不参加(組合に一任する)	
過去に技能実習生を受け入れた実績 □　有り　人　□　無し	
賞与 □　有り　月　月　□　無し 月次基本給概算は(研修場所の最低賃金)x(１日の就労時間)x(２１日)となります。 雇用保険、健康保険、厚生年金、労災保険等への加入は、必須になります。	昇給 □　有り　□　無し
その他希望事項 年齢：　歳～　歳程度 既婚：　既婚　未婚 実務経験：　要　不要。 国籍：中国 ・ ベトナム ・ フィリピン ・ ネパール ・ インドネシア ・ミャンマー ・特に希望無し 受入希望人数：　男性：　人　女性：　人　**計：　人**	

下記の書類を同時にご提出下さい。

① 登記簿謄本　原本１通(３ヶ月以内のもの)　② 就業規則

③ 直近事業年度の決算報告書　写し１通

④ 雇用保険概算、確定申告書の写し１通(雇用保険被保険者数が明記された書類)

＊ 作業場所の写真を、後日提出いただきますので、ご準備をお願い致します。