



北卡羅萊納州商務部
就業安全失業保險分工



量控制
日期：
學校註冊驗證

姓名
地址
地址 2
州、市、邮编

批号 _____

申请人姓名: _____ SSN: _____

学校名称: _____

学校地址: _____

电话: _____

1. 学生注册日期: _____

2. 学习计划: _____

3. 该生是否在学术上表现良好? () 否 () 是

4. 如果否, 请说明原因。 _____

5. 上学天数和小时数: _____

6. 预计完成学业的日期: _____

本人证明, 据本人所知, 上述信息真实、准确。

学校代表签字/职务 日期

调查员签字 日期

电话: 919-707-1430, 传真: 919-857-1205

邮寄地址: PO BOX 25903, RALEIGH NC 27690-8185

幫助我們防止UI欺詐!
舉報可疑的用戶界面欺詐行為
des.nc.gov
郵政信箱25903北卡羅萊納州羅利27611-5903