

介護離職防止支援助成金 研修実施結果書

| 申請事業主 | |
|------------------------|---|
| 事業主名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 研修実施日における 雇用保険被保険者数 | 人 |

| | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|----|-------|----|------|---|---|---|---|
| 実施担当部署 | 部署名 | | | | | | | | | |
| | 担当者 職・氏名 | | | | | | | | | |
| 実施年月日・時間 | 実施年月日 | | 時間 | 合計時間 | 説明 | 質疑応答 | | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 () | : | ～ | : | : | ： | 分 |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 () | : | ～ | : | : | ： | 分 |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 () | : | ～ | : | : | ： | 分 |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 () | : | ～ | : | : | ： | 分 |
| 説明者職氏名 | | | | | | | | | | |
| 研修内容 | ※議事録、議事概要等の実施記録がある場合は、当該資料を添付することで差し支えありません。 (例) 内容は別添資料、質疑応答記録による | | | | | | | | | |
| 受講者 | 計 名 (うち雇用保険被保険者名) | | | | | | | | | |
| | ※受講者名簿を添付してください。 | | | | | | | | | |
| | ※対面による説明を行っていない研修はフォローアップ調査の回答数を受講者数とします。 | | | | | | | | | |

上記のとおりの研修を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

受講者代表者署名

印

(連絡先電話番号

) (注)

(注) 受講者代表者の連絡先電話番号には、本人あて連絡がとれる職場においての電話番号を記入してください。研修を複数回実施した場合は、最終実施日以降に署名してください。

各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。