

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。					

上記のと通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ける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。