

## 教育訓練休暇取得確認票

### <被保険者記載欄>

教育訓練休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
教育訓練の目標	
教育訓練の内容 (施設等の名称・講座名等)	(教育訓練施設等の名称)  (教育訓練講座名)  (受講開始予定年月日) 令和 年 月 日 (受講終了予定年月日) 令和 年 月 日 (分類) ※該当する欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 民間の教育訓練機関 <input type="checkbox"/> 大学・大学院等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
教育訓練の実施方法 (対面・通信講座等)	

上記のとおり教育訓練休暇を取得することについて、申請します。

(フリガナ)

氏名

---

### <事業主記載欄>

承認の求めがあった教育訓練休暇の取得は、これを承認します。

〒

住所

事業所名

事業主名

電話番号

---