

人材開発支援助成金(特定訓練コース)
認定実習併用職業訓練に係るOJTカリキュラム

訓練の実施期間 (OFF-JTを含めた期間を記入してください)		初日	年	月	日	
		最終日	年	月	日	
OJTを実施する 事業所の名称						
実 習 等 (O J T)	実施時期 (年月)	職務名	職務の内容	時間	実施場所	訓練担当者 (役職・氏名等)
OJT計				時間		

※上記の内容を他の書類により記載できる場合は、当該書類に代えることができます。