

人材開発支援助成金(特定訓練コース・一般訓練コース) 年間職業能力開発計画

1	年間計画番号	2	① 一般訓練コース		オ	特定分野認定実習併用職業訓練		
	注意 この様式には裏面があります。提出の際には裏面の【提出上の注意】を必ずご覧ください。 001		② 特定訓練コース			○	a. 企業単独型訓練	
			ア 労働生産性向上訓練			○	b. 企業連携型訓練	
			イ 若年人材育成訓練				c. 事業主団体等連携型訓練	
			ウ グローバル人材育成訓練				カ 認定実習併用職業訓練	
	エ 熟練技能育成・承継訓練			キ 中高年齢者雇用型訓練				
訓練コース毎に通し番号をつけてください。他のコースを提出している場合、同じ番号を付けないよう注意してください。		育児休業期間中に自発的に訓練を実施する旨の申し立ての有無(育児休業者に対する訓練を実施する場合)		5	若者雇用促進法に基づく認定事業主			
		特定訓練コース助成率引き上げ対象のセルフ・キャリアドック制度導入の有無		6	受講者全員が新規採用者			
7	訓練コースの名称	○○入門コース			8	受講(予定)者数	2 人	
教育訓練給付指定講座の場合		専門実践	特定一般	一般	番号			
9	訓練の実施期間	初日	2020 年 9 月 1 日		10	(総訓練時間数)		
		最終日	2020 年 9 月 25 日			総訓練時間数及び 実訓練時間数		
						32 時間 00 分		
						32 時間 00 分		
11	総訓練時間数の内訳 ※『2 助成の区分』のうちオ、カ及びキの場合のみ記載 ※(3)～(6)についてはオのbまたはcの場合のみ記載	(1) OFF-JTの時間数		(2) OJTの時間数				
		時間	分	時間	分	「実訓練時間数」は、「総訓練時間数」から、移動時間・助成対象とならないカリキュラム等の時間を除いた時間数を記載してください。		
		(3) (1)のうち出向元事業主	時間	分	(4) (2)のうち出向元事業主	時間	分	
		(5) (1)のうち出向先事業主・事業主団体	時間	分	(6) (2)のうち出向先事業主	時間	分	
12	訓練として行われる職業能力検定の有無	有 ・ 無		13	訓練として行われるキャリアコンサルティングの有無	有 ・ 無		
14	助成対象労働者	訓練様式第4号に記載してください。						
15	助成対象労働者の職務内容と訓練の関連性 ★訓練コースの内容が助成対象労働者の職務とどのように直接関連し、職務に専門的な知識及び技能を習得・向上させるものであるかを、できる限り具体的に記入してください。	訓練コースの内容と助成対象労働者の職務がどのように直接関連するか具体的に記入してください。						
16	Off-JT 訓練種別	<input type="checkbox"/> 事業内訓練		※『事業内訓練』にチェックを入れた場合は下記に事業内講師名を記載してください。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業外訓練		講師氏名 () 通学制 ・ 通信制(スクーリングあり) ・ 通信制(スクーリングなし)				
17	訓練カリキュラム	訓練日時・場所・内容・科目ごとの時間数・講師名等(事業主が定めるもの) ※OJTは「訓練参考様式第1号 認定実習併用職業訓練に係るもの」を参照してください。			OFF-JTで申請事業主自らが主催・企画する集合形式の訓練であれば事業内訓練に、OFF-JTで教育施設や事業主団体が主催する訓練であれば事業外訓練にチェックを入れてください。			
18	教育訓練機関の名称及び訓練の実施場所	(1)名称	株式会社 △△△△					
		(2)実施場所(住所等)	○○総合庁舎 〒169-xxxxx 東京都新宿区百人町○-○-○					