

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) |
| 実 習 等 (O J T) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | 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。