

人材開発支援助成金 (特別育成訓練コース(有期実習型訓練)) 計画変更届

提出日 年 月 日

労働局長 殿

事業主 (派遣先事業主) 所在地 〒  
 名称  
 氏名  
 代理人 所在地 〒  
 または 名称  
 社会保険労務士 (提出代行者・事務代行者) 氏名  
 電話番号

標記について、次のとおり提出します。

1 事業所の名称			
2 事業所の所在地		( 〒 ) 電話番号	
3 雇用保険適用事業所番号			
4 労働保険番号		法人番号	
5 訓練計画届受付番号			
6 派遣元事業主	所在地 ( 〒 )	7 派遣元事業主の事業所	所在地 ( 〒 )
	名称 代表者氏名		名称 電話番号 雇用保険適用事業所番号 労働保険番号

変更する項目について、記入してください。

8 訓練コースの名称		9 職業分類	
10 受講予定者	人	11 訓練類型	基本型      キャリアアップ型      派遣活用型
12 訓練の実施期間	初日 年 月 日	最終日 年 月 日	訓練の所要期間 月 日
13 総訓練時間数 e-ラーニング及び通信制の時間数は訓練全体及び座学等の実施時間数には含めないでください。	A : 訓練全体の実施時間数 時間 分		B : 座学等(OFF-JT)の実施時間数 時間 分 e-ラーニング 時間 分 ( 月 日 ) 通信制 時間 分 ( 月 日 )
	C : 実習(OJT)の実施時間数 時間 分		
14 座学等(OFF-JT)を実施する教育訓練機関 類型は第2面より選択	名称	所在地 ( 電話番号 - - )	類型      ア      イ      ウ
	名称	所在地 ( 電話番号 - - )	類型      ア      イ      ウ
15 有期実習型訓練の内容	当該有期実習型訓練に係る訓練内容が確認できる書類(訓練カリキュラム(別添様式1)と訓練日時・場所・内容・科目ごとの時間数・講師・実施方法等)を変更する場合はチェック 変更後の書類を添付してください。		
16 届出に関する当該事業所の担当者	所属 氏名	電話番号 - -	FAX - -
17 変更手続きを行う理由			

労働局処理欄
受付番号      受付印

第2面も記入してください。

