

人材開発支援助成金（人への投資促進コース） 定額制訓練に関する対象者一覧

【 年間訓練計画番号】 _____

【 訓練コースの名称】 _____

以下の内容に該当する場合はチェックしてください。

- 以下の定額制訓練の受講予定者は全て雇用保険被保険者（雇用契約前の場合は雇用保険被保険者となる予定）であり、訓練実施期間中も雇用保険被保険者である。

上記内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

申請事業主の証明

代表者役職名 _____

氏名 _____

	氏 名	雇用形態	
		正規雇用労働者	非正規雇用労働者
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

【記入上の注意】

- 1 「年間計画番号」欄には、年間職業能力開発計画（様式第3 - 1号）と対応した年間計画番号を記入してください。
- 2 「訓練コースの名称」欄は、年間職業能力開発計画（様式第3 - 1号）の5欄に記載した訓練コースの名称を記入してください。
- 3 「氏名」欄は、助成対象労働者のフルネームを記入してください。
- 4 「雇用形態」欄は、助成対象労働者の該当する雇用形態に「 」を記入してください。
- 5 欄が不足する場合は、様式第4 - 2号（継紙）に記載し、本紙に添付してください。

人材開発支援助成金 (人への投資促進コース)
定額制訓練に関する対象者一覧

【 年間訓練計画番号】 _____

	氏 名	雇用形態	
		正規雇用労働者	非正規雇用労働者
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			