

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース）  
 定額制サービスによる訓練に関する対象者一覧

【① 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。

- 以下の定額制サービスによる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

No.	② 氏 名	③ 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			

※ホームページから様式をダウンロードするときは、必ず裏面も印刷した上で使用してください。

(様式第4-2号) 事業展開等リスクリング支援コース 定額制サービスによる訓練に関する対象者一覧【裏面】

【記入上の注意】

- 1 「①訓練コースの名称」欄は、訓練実施計画届・年間職業能力開発計画（様式第1号）に記載した訓練コースの名称を記入してください。
- 2 「②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。
- 3 「③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。
- 4 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(事業展開等リスクリング支援コース)  
 定額制サービスによる訓練に関する対象者一覧

【① 訓練コースの名称】 \_\_\_\_\_

No.	② 氏 名	③ 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			