（リ・融資様式７の別添１－１）

リ・スキリング等教育訓練支援融資に係る賃金確認票（訓練開始前）

令和　　年　　月　　日

申請者氏名		雇用保険 被保険者番号					－							－	

就職していた事業所で雇用保険被保険者であった場合、
雇用保険被保険者番号を入れてください。

本欄は就職していた元の事業所（在職者は在職中の事業所）に記載してもらってください。

1　就職していた事業所の情報

事業所名															
所在地	〒 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿														
電話番号		雇用保険適用事業所番号					－							－	

2　離職年月日

3　就労していた際の賃金

月数	賃金支払対象期間	賃金額（円）	備考
1	～		
2	～		
3	～		
4	～		
5	～		
6	～		
計		円	

上記の記載事実に誤りのないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

事業主氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（法人のときは名称及び代表者氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　記入要領

ア　御社における離職日からから起算して直近の賃金締切日からはじめて連続する６か月分の賃金を記載してください。

イ　金額について、賞与などの臨時に支払われる賃金及び３か月を超える期間ごとに支払われた賃金は除外してください。

（2025.10）