

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

【① 事業所の名称】

【② 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	④ 雇用形態	
		正規雇用労働者等	有期契約労働者等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

【記載上の注意】

- 「②訓練コースの名称」欄は、職業訓練実施計画届（様式第1-1号）と対応した訓練コースの名称を記載してください。
- 「③氏名」欄は、助成対象労働者のフルネームを記載してください。
- 「④雇用形態」欄は、助成対象労働者の該当する雇用形態に「○」を記載してください。
- 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。

