

人材開発支援助成金（事業展開等リスキング支援コース） 定額制サービスによる訓練実施結果報告書

1 事業所の名称					2 対象労働者名								
3 雇用保険被保険者番号 (4桁-6桁-1桁)		-		-									
4 受講期間		年		月		日	～		年		月		日

(以下の実施結果報告は訓練の受講者本人が作成してください)

5 実施月日	6 講座名	7 標準時間	8 内容 (学んだこと)
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
年 月 日 ～ 年 月 日			
9 合計時間			

※以下の内容に該当する場合はチェックをしてください。

- 事業主命令により労働時間中に当該訓練を実施し、当該訓練を実施した時間中の賃金が、適正に支払われています。
- 当該訓練に係る費用（受講料や教科書代等）の一切を負担していません。

上記の内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

訓練受講者の署名
(本人直筆の署名)

(事業主記載欄) ※以下の内容に該当する場合はチェックをしてください。

- 2 欄の労働者の労働時間中に上記のとおり訓練を受けさせ、受講時間中の賃金を適正に支払っています。

上記の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

※本書のほか、6 欄に記載した講座を受講したことの証明として、修了証等及びLMS (Learning Management System.) 等による受講状況が確認できる書類を添付してください。