

人材開発支援助成金（教育訓練短時間勤務等制度） 実施状況報告書

1 適用者氏名			
2 雇用保険被保険者番号 11桁（4桁-6桁-1桁）	-	-	
3 適用した制度	<input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 所定外労働時間の免除		
4 (所定労働時間の短縮の場合) 週所定労働時間	変更前	時間	
	変更後	時間	
5 (所定外労働時間の免除の場合) 週所定労働時間		時間	
6 制度適用日	年	月	日
7 事業主の証明	上記の者に教育訓練短時間勤務制度を適用させたことを証明します。		
	年	月	日 役職名 氏名
8 制度適用者の証明	自発的に教育訓練短時間勤務制度を利用し、対象訓練を受講したことを証明します。		
	年	月	日 氏名

(本人直筆の署名)

【記入上の注意】

- 1 4 欄は、教育訓練短時間勤務等制度のうち、所定労働時間の短縮の措置を適用した場合に、適用前と適用後の所定労働時間を記載してください。
- 2 5 欄は、教育訓練短時間勤務等制度のうち、所定外労働時間の免除の措置を適用した場合に、適用者の所定労働時間を記載してください。
- 3 6 欄は、1 欄の適用者の教育訓練短時間勤務等制度の最初の制度適用日を記入してください。
- 4 7 欄及び8 欄の証明日については、最初に教育訓練短時間勤務等制度を適用した日以降の日付を記入してください。