

人材開発支援助成金（人への投資促進コース・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に関する対象労働者一覧

対象労働者一覧に記載した者は、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ことを証明します。

年 月 日

申請事業主の証明

1	雇用保険適用事業所の名称		
2	訓練コースの名称		
3	対象労働者一覧		
No.	①対象労働者の氏名	②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			
16			
17			
18			
19			
20			

【記載上の注意】

- 1 **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。
- 2 **3「①氏名」欄は**、対象労働者のフルネームを記載してください。
- 3 **3「②雇用形態」欄は**、対象労働者の該当する雇用形態に「○」を記載してください。
- 4 主たる適用事業所において他の適用事業所分も申請を行う（以下主たる適用事業所申請）場合は、事業所ごとに本様式を作成してください。なお、自発的職業能力開発訓練では主たる適用事業所申請は認められていません。
- 5 欄が不足する場合は、様式第3-2号（継紙）に記載し、本紙に添付してください。
- 6 本紙は、人への投資促進コース（定額制訓練、自発的職業能力開発訓練）と事業展開リスキング支援コースの定額制サービスによる訓練の場合に、提出してください。

