

職業能力評価実施状況報告書

(枚目中の 枚目)

① 実施計画書番号			② 被評価者氏名			
③ 雇用保険被保険者番号			④ 構成事業主名			
⑤ 評価対象期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
⑥ 評価実施日	平成 年 月 日					
1 ⑦ 構成事業主の証明	上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印					
	⑧ 評価担当者の証明	上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印				
		⑨ 被評価者の証明	職業能力評価を受け、ジョブ・カードを受け取ったことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 印			
2 ⑦ 構成事業主の証明			上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印			
	⑧ 評価担当者の証明		上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印			
		⑨ 被評価者の証明	職業能力評価を受け、ジョブ・カードを受け取ったことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 印			
3 ⑦ 構成事業主の証明			上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印			
	⑧ 評価担当者の証明		上記の者に職業能力評価を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 役職名 氏名 印			
		⑨ 被評価者の証明	職業能力評価を受け、ジョブ・カードを受け取ったことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 印			

記入上の注意

- 1 この様式は、被評価者及び評価対象期間ごとに作成してください。
- 2 ⑨欄は、被評価者本人が直筆で署名し、押印してください。