

研修体系制度の実施者名簿

(計 枚中 枚目)

( )	①氏名					
	②雇用保険被保険者番号	—				
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)				
	④教育訓練等の実施期間	平成 年 月 日	⑤教育訓練等の内容			
		平成 年 月 日	⑥教育訓練等の実施時間			時間
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。教育訓練等に係る費用の全部を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊟				
( )	①氏名					
	②雇用保険被保険者番号	—				
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)				
	④教育訓練等の実施期間	平成 年 月 日	⑤教育訓練等の内容			
		平成 年 月 日	⑥教育訓練等の実施時間			時間
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。教育訓練等に係る費用の全部を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊟				
( )	①氏名					
	②雇用保険被保険者番号	—				
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)				
	④教育訓練等の実施期間	平成 年 月 日	⑤教育訓練等の内容			
		平成 年 月 日	⑥教育訓練等の実施時間			時間
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。教育訓練等に係る費用の全部を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊟				
( )	①氏名					
	②雇用保険被保険者番号	—				
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)				
	④教育訓練等の実施期間	平成 年 月 日	⑤教育訓練等の内容			
		平成 年 月 日	⑥教育訓練等の実施時間			時間
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。教育訓練等に係る費用の全部を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊟				
( )	①氏名					
	②雇用保険被保険者番号	—				
	③勤務事業所	(※事業所確認票の該当番号を記入しても可)				
	④教育訓練等の実施期間	平成 年 月 日	⑤教育訓練等の内容			
		平成 年 月 日	⑥教育訓練等の実施時間			時間
	⑦本人確認	上記内容について確認しました。教育訓練等に係る費用の全部を事業主が負担しています。 平成 年 月 日 (対象者氏名) ㊟				

## 【記入上の注意】

研修体系制度の実施者名簿は次により記入してください。

- (1) 新たな研修体系制度を適用した通常の労働者について、左欄に通し番号を記載し、①から⑦までを記載してください。

なお、通常の労働者とは、次のいずれにも該当する者を言います。

  - ①事業主に直接雇用される者であって、当該事業主と期間の定めのない労働契約を締結していること。
  - ②事業所において正規の従業員として位置づけられていること。
  - ③所定労働時間が、同じ職場で働くフルタイムの正規の従業員と同等であること。
  - ④社会通念に照らして、また同一企業の他の職種の等の正規の従業員と比較的して、当該労働者の雇用形態、賃金体系等（例えば、長期雇用を前提として待遇を受けるものであるか、賃金の算定方法・支給形態、賞与、退職金、定期的な昇給の有無など）が正規の従業員として妥当なものであること。
  - ⑤雇用保険の被保険者であること。
  - ⑥社会保険の適用事業所に雇用されている場合は、社会保険の被保険者であること。
- (2) 「③勤務事業所」には、対象労働者の勤務先の事業所名を記載してください。同時に提出することとなる「事業所確認票（建助様式10号）」に記載した事業所の該当番号を記載しても差し支えありません。
- (3) 「④教育訓練等の実施期間」には、対象労働者ごとに教育訓練等の実施期間を記載してください。
- (4) 「⑤教育訓練等の内容」には、実施した訓練・研修等の名称、概略等について記載してください。
- (5) 「⑥教育訓練等の実施時間」には、実施した教育訓練等のカリキュラムの実時間（休憩時間、移動時間等を除く）を記載してください。
- (6) 「⑦本人確認」は、必ず対象労働者本人が署名・押印してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名・押印できない場合に限り、事業主がその理由を別添（任意様式）に記載し、署名・押印してください。