

キャリアアップ助成金（人材育成コース）訓練開始届

平成 年 月 日

労働局長 殿

事業主
所在地
名称
電話番号
代表者氏名 印

代理人又は事務代理者・提出代行者
所在地
名称
電話番号
代表者氏名 印

平成 年 月 日付け（計画届の受付番号： ）をもって確認を受けたキャリアアップ助成金（人材育成コース）の（一般職業訓練 育児休業中訓練 有期実習型訓練 中長期的キャリア形成訓練）について、下記のとおり訓練を開始しましたので報告いたします。

記

- 1 訓練開始日 平成 年 月 日
- 2 訓練開始者数 人

（一般、育児、中長期）

男			女		
15～34歳	35～44歳	45歳以上	15～34歳	35～44歳	45歳以上
人	人	人	人	人	人

（有期実習型訓練）

	男			女		
	15～34歳	35～44歳	45歳以上	15～34歳	35～44歳	45歳以上
基本型	人	人	人	人	人	人
キャリアアップ型	人	人	人	人	人	人
派遣型	人	人	人	人	人	人

- 3 訓練対象者氏名

	対象労働者氏名	雇用保険被保険者番号
1		
2		
3		
4		
5		

※ 本様式は、訓練開始日の翌日から起算して1ヶ月以内に管轄労働局へ提出してください。提出がない場合には本助成金（人材育成コース）は支給されませんのでご注意ください。

様式第6号（第1面）（H28.4改正）

様式第6号（第2面）（H28.4改正）

【提出上の注意】

- 1 訓練の開始後に受講者を増やすことはできません。

【記載上の注意】

- 1 記の2には、一般職業訓練、育児休業中訓練、中長期的キャリア形成訓練については上段に、有期実習型訓練は下段に訓練開始者数とその内訳を記載してください。なお、有期実習型訓練で基本型とキャリアアップ型を併せて実施する場合は、基本型の欄に開始者数（基本型とキャリアアップ型の開始者数の合計）を記載してください。
- 2 記の3には、本訓練の対象労働者の氏名及び雇用保険被保険者番号を記載してください。対象労働者が雇用保険被保険者でない場合は、空欄でかまいません。
- 3 記の3の欄が足りない場合は、任意の様式に記載し本様式と一緒に提出してください。