

## キャリア・コンサルティング実施状況報告書

( 枚目中の 枚目)

1	① 実施計画書番号			
	② キャリア・コンサルティングを受けた者の氏名			
	③ 雇用保険被保険者番号	④ 勤務事業所		
	⑤ 種類	<input type="checkbox"/> 業務命令により受けるキャリア・コンサルティング <input type="checkbox"/> 労働者が自発的に受けるキャリア・コンサルティング		
	⑥ キャリア・コンサルティングの実施日	平成 年 月 日		
	⑦ 事業主の証明	上記の者にキャリア・コンサルティング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 キャリア・コンサルティング実施者の証明	上記の者にキャリア・コンサルティングを実施して、ジョブ・カードにコメント等を記入したことを証明します。 平成 年 月 日 実施機関名又は氏名 印		
	⑨ キャリア・コンサルティングを受けた者の証明	キャリア・コンサルティングを受け、ジョブ・カードを作成したことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 印		
2	① 実施計画書番号			
	② キャリア・コンサルティングを受けた者の氏名			
	③ 雇用保険被保険者番号	④ 勤務事業所		
	⑤ 種類	<input type="checkbox"/> 業務命令により受けるキャリア・コンサルティング <input type="checkbox"/> 労働者が自発的に受けるキャリア・コンサルティング		
	⑥ キャリア・コンサルティングの実施日	平成 年 月 日		
	⑦ 事業主の証明	上記の者にキャリア・コンサルティング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 キャリア・コンサルティング実施者の証明	上記の者にキャリア・コンサルティングを実施して、ジョブ・カードにコメント等を記入したことを証明します。 平成 年 月 日 実施機関名又は氏名 印		
	⑨ キャリア・コンサルティングを受けた者の証明	キャリア・コンサルティングを受け、ジョブ・カードを作成したことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 印		
3	① 実施計画書番号			
	② キャリア・コンサルティングを受けた者の氏名			
	③ 雇用保険被保険者番号	④ 勤務事業所		
	⑤ 種類	<input type="checkbox"/> 業務命令により受けるキャリア・コンサルティング <input type="checkbox"/> 労働者が自発的に受けるキャリア・コンサルティング		
	⑥ キャリア・コンサルティングの実施日	平成 年 月 日		
	⑦ 事業主の証明	上記の者にキャリア・コンサルティング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 キャリア・コンサルティング実施者の証明	上記の者にキャリア・コンサルティングを実施して、ジョブ・カードにコメント等を記入したことを証明します。 平成 年 月 日 実施機関名又は氏名 印		
	⑨ キャリア・コンサルティングを受けた者の証明	キャリア・コンサルティングを受け、ジョブ・カードを作成し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、キャリア・コンサルティングを受けた者及びキャリア・コンサルティングの実施日ごとに作成してください。
2. ⑨欄は、キャリア・コンサルティングを受けた者本人が直筆で署名し、押印してください。