

キャリア形成促進助成金訓練実施計画届

届出日 平成 年 月 日

独立行政法人雇用・能力開発機構

センター統括所長 殿

事業主所在地 (〒)

名称
代表者氏名 印

代理人又は事務代理者・代行者 所在地 (〒)

名称
代表者氏名 印

訓練の実施につき、必要書類を添付のうえ、次のとおり届けます。

1	事業所の名称		
2	事業所の所在地 (〒)		電話番号 - -
3	雇用保険適用事業所番号 - -		
4	企業の主たる事業 イ. 小売業 (飲食店を含む) ロ. サービス業 ハ. 卸売業 ニ. その他 ()	5 企業の事業内容	
		6 企業の資本の額 又は出資の総額 万円	8 当該事業所の常時 雇用する労働者数 人
		7 企業全体の常時雇 用する労働者数 人	9 企業規模 (大企業・中小企業)
10	職業能力開発推進者名	役職	氏名
11	年間職業能力開発計画期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
12	過去3年間に於いて雇用保険二事業の助成金について不正受給を行ったことの有無		有・無
13	事業内職業能力開発計画及び年間職業能力開発計画の周知確認欄		事業内職業能力開発計画及び年間職業能力開発計画が従業員に周知されていることを労働者を代表して証明します。 労働者代表 氏名 印
14	届出に関する担当者	所属 氏名	電話番号 - - Fax - - E-MAIL @

※ 処理欄	決裁欄					起案年月日	平成 年 月 日
	統括所長	次長	課長	係長	起案者	受理年月日	平成 年 月 日
						受理番号	第 号

※ 処理欄には記入しないでください。
記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。

様式第1号〔キャリア形成促進助成金訓練実施計画届〕（裏面）

提出上の注意

この届出は、事業内職業能力開発計画に基づく職業訓練等の実施、職業能力開発支援制度の導入及び実施の開始日前までに、訓練実施計画の内容を表す（様式第3号の1から様式第3号の3）と独立行政法人雇用・能力開発機構都道府県センター（以下「都道府県センター」という。）統括所長が求める書類を添えて、届出事業主の事務所の所在地を業務担当区域とする都道府県センターに提出してください。なお、訓練実施計画の届出期間は、年間職業能力開発計画（以下「年間計画」という。）の期間に応じ、年4回となっています。

この訓練実施計画の届出を初めて行う事業主にあつては随時受け付けますが、2回目以降に届出を行う場合には、下表に示す届出期間内に届出してください。

届出期間	年間計画
3月1日～3月末日	4月1日～翌年3月末日
6月1日～6月末日	7月1日～翌年6月末日
9月1日～9月末日	10月1日～翌年9月末日
12月1日～12月末日	1月1日～12月末日

届出に当たっての留意点

- 本助成金は、支給について次の制限があります。
 - 一の年間職業能力開発計画期間に基づく一の事業所に対する訓練等支援給付金の支給については、次の（1）から（4）に掲げる額の合計額が1000万円を超えるときは、1000万円を限度とします。
 - 被保険者に対象職業訓練である認定訓練を受けさせる場合
 - 対象短時間等労働者に対象短時間等職業訓練である認定訓練を受けさせる場合
 - 被保険者等に対象認定実習併用職業訓練を受けさせる場合
 - 上記（1）から（3）までに掲げる額を除く訓練等支援給付金の額（この額が500万円を超えるときは、500万円を限度とします。）
 なお、年間職業能力開発計画の期間が1年未満である場合には、1年間に対する当該期間の割合に応じた額を支給限度額とします。
- 都道府県センター統括所長が、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合には、助成金の支給を行いません。
- 助成金の支給申請に当たって機構に提出した書類等（職業訓練等の実施に要した費用の支出に関する証拠書類を含む）については、当該支給申請に係る最後の支給日が属する年度の翌年度の初日から起算して5年間保管してください。
- 偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全部又は一部を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年5%の利息を付します。
- 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、一定期間において雇用保険法に基づく助成金等の申請ができなくなります。

記入上の注意

- 「※処理欄」には記入しないでください。
- 各欄ともこの訓練実施計画の届出日における現況を記入してください。
- 4欄は、「小売業（飲食店を含む）」、「サービス業」、「卸売業」、「その他」のうち該当する業種の欄に「○」を付け、「その他」の場合は（ ）内に具体的な業種を記入してください。（事業の区分は、日本標準産業分類（総務省編）に基づきます。）
- 5欄は、企業の事業の概要を記入してください。
- 6欄は、企業の資本金又は出資の総額を記入してください。
- 7欄及び8欄でいう「常時雇用する労働者」とは2ヶ月を超えて使用される者であり、かつ週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者と概ね同等であるものをいいます。
- 7欄は、この届出を提出する企業全体の常時雇用する労働者数を記入してください。
- 8欄は、この届出を提出する事業所（雇用保険の適用事業所）の常時雇用する労働者数を記入してください。
- 9欄「企業規模」において、下表「4欄の企業の主たる事業」の区分ごとに、6欄の「企業の資本の額又は出資の総額」又は7欄の「企業全体の常時雇用する労働者数」のどちらか一方に該当する事業主は、「中小企業事業主」となります。

4欄の「企業の主たる事業」	6欄の「企業の資本の額又は出資の総額」	7欄の「企業全体の常時雇用する労働者数」
小売業(飲食店を含む)	5,000万円以下	50人以下
サービス業	5,000万円以下	100人以下
卸売業	1億円以下	100人以下
その他	3億円以下	300人以下

- 10欄は、事業所で選任している職業能力開発推進者について記入してください。
- 11欄は、今回届出する1年間の年間職業能力開発計画期間を記入してください。なお、初めて届出する場合又は1年未満の計画期間を希望する場合は、都道府県センターにご相談ください。
- 12欄は、本助成金の訓練実施計画の届出日から過去3年間において、雇用保険二事業の助成金にかかる不正受給を行ったことがあるかどうかについて、該当箇所に「○」を付けてください。「有」の場合は、本助成金の支給を受けることはできません。
- 13欄は、当該事業所に労働者の過半数で組織する労働組合がある場合においては、その労働組合を代表する者、労働者の過半数で組織する労働組合がない場合においては、労働者の過半数を代表する者が、事業内計画等が周知されていることを確認し、確認印を押印してください。なお、確認印が押印されていないものは、支給要件に該当しないものとなります。
- 14欄は、本助成金の届出に関して、都道府県センターとの質疑応答が可能な方を記入してください。

年間職業能力開発計画

1 助成の区分 (該当するものに○をつける)	対象職業訓練〔専門的な訓練に対する助成(対象:中小企業)〕 対象短時間等職業訓練〔対象短時間等労働者への訓練に対する助成(対象:中小企業・大企業)〕 対象認定実習併用職業訓練〔認定実習併用職業訓練に対する助成(対象:中小企業・大企業)〕 対象有期実習型訓練〔有期実習型訓練に対する助成(対象:中小企業・大企業)〕 対象自発的職業能力開発〔自発的な職業能力開発の支援に対する助成(対象:中小企業)〕							
2 年間計画番号	3 座学等(OFF-JT)の実施形態 (該当するものに○をつける)	イ	事業主が自ら運営する職業訓練(事業内訓練)					
		ロ	教育訓練機関等へ委託して行う職業訓練等(事業外訓練)					
認定実習併用職業訓練 コースNo.			認定訓練の該当の有無	認定職業訓練(都道府県が認定する職業訓練)に該当				
			eラーニングの該当の有無	eラーニングに該当				
			職業能力検定の受検の有無	職業能力検定の受検				
			キャリア・コンサルティングの実施の有無	キャリア・コンサルティングの実施				
4 訓練コースの名称				5 受講予定者数	人			
6 受講対象者の範囲				7 訓練開始時の受講者の雇用形態(予定) (該当するものに○をつける)	イ 通常の労働者 ロ 対象短時間等労働者			
8 訓練の実施期間	初日	年	月	日	9 実施日数及び 総訓練時間数	日間	時間	分
	最終日	年	月	日				
10 総訓練時間数の内訳 〔対象認定実習併用職業訓練及び対象有期実習型訓練のみ記載〕	座学等(OFF-JT)の時間数			実習(OJT)の時間数				
	時間			時間				

◆訓練又は自発的な職業能力開発の内容(対象有期実習型訓練の場合は、裏面11の書類を添付することにより11から14まで記載省略可)

11 訓練の内容(訓練カリキュラムを別途作成している場合は、添付することによりイ及びロについて記載省略可)					
イ 実施時間数		ロ 実施内容			
12 事業内訓練 (座学等(OFF-JT))	講師名又は訓練実施機関	所属又は住所			
	イ 訓練を実施したことにより習得できる技能・知識	ロ 訓練の実施場所(名称及び住所)	ハ 訓練に使用する教材及び使用器具等		
13 事業外訓練 (座学等(OFF-JT))	訓練実施機関の名称	所在地			
	訓練実施機関の名称	所在地			
14 実習(OJT)の実施場所	事業所名	所在地			

◆自発的な職業能力開発の内容及び活用する支援制度の導入状況(対象自発的職業能力開発の場合のみ記載)

15 職業能力開発の区分(該当するものに○をつける)		イ 職業訓練等	ロ 職業能力検定	ハ キャリア・コンサルティング	
16 自発的な職業能力開発に対する支援制度(該当する制度に○を付ける)		17 支援制度の導入(予定)年月日		18 17欄の日付が含まれる年間職業能力開発計画の期間の初日	
自発的職業能力開発経費負担制度		平成 年 月 日		平成 年 月 日	
職業能力開発休暇制度		平成 年 月 日		平成 年 月 日	
19 18欄の日付から起算して3年が経過していることの有無(該当する方に○を付ける)		自発的職業能力開発経費負担制度		経過した	経過していない
		職業能力開発休暇制度		経過した	経過していない

様式第3号の1 〔年間職業能力開発計画〕 (裏面)

記入上の注意

- 1 この様式は、キャリア形成促進助成金の訓練実施計画の届出を行う場合に作成してください。
- 2 1欄は、該当する助成区分に「○」を記入してください。
- 3 2欄の年間計画番号には、訓練コース毎に通し番号をつけてください。他のコースと同じ番号を付けないように注意してください。
なお、対象認定実習併用職業訓練の場合のみ厚生労働省から通知された訓練コースの認定番号「訓練コースNo」を記入してください。
- 4 3欄は、訓練の実施形態で該当するものに「○」を記入してください。判断に迷う場合は、都道府県センターにお問い合わせください。
・事業内訓練＝事業主が自ら企画し、社内の従業員向けに集合形式で実施する訓練です。
・事業外訓練＝公共の職業能力開発施設、大学・短大・専門学校等の教育訓練機関、各種学校、事業主団体等が主催し、実施する訓練です。
また、当該訓練が認定訓練の場合は「認定訓練の該当の有無」に「○」を、eラーニングを用いて実施するものが含まれる場合は「eラーニングの有無」に「○」を記入してください。
なお、当該訓練と併せて職業能力検定を受検する場合は「職業能力検定の実施の有無」に「○」を、キャリア・コンサルティングを実施する場合は「キャリア・コンサルティングの実施の有無」に「○」を記入し、それぞれ様式第3号の2「年間職業能力開発計画（職業能力検定）」又は様式第3号の3「年間職業能力開発計画（キャリア・コンサルティング）」を作成してください。
- 5 4欄は、訓練コースの名称を記入してください。
- 6 5欄は、訓練の受講予定者数を記入してください。
- 7 6欄は、受講対象者の範囲を記入してください。(所属部署・勤続年数・職位等)
- 8 7欄は、訓練開始時の受講者の雇用形態(予定)に該当するものに「○」を記入してください。(対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練を実施する場合のみ)
・通常の労働者＝「対象短時間等労働者以外の労働者であって、1週間の所定労働時間が正社員の所定労働時間と概ね同等である者」
・対象短時間等労働者＝「雇用期間の定めのある労働者」又は「雇用期間の定めがない労働者であって、1週間の所定労働時間が正社員の1週間の所定労働時間に比べ短く、かつ、30時間未満である労働者」
- 9 9欄の「実施日数及び総訓練時間数」は、計画した訓練コースの日数と総訓練時間数を記入してください。
- 10 10欄は、対象認定実習併用職業訓練及び対象有期実習型訓練のみ、9欄の総訓練時間数の内訳(座学等(OFF-JT)と実習(OJT)の時間数)を記入してください。
- 11 11欄のイ及びロは、各課題に要する実施時間数とそれに応じた実施内容を記入してください。

例)

イ 実施時間数	ロ 実施内容
4.5時間	超精密非球面加工 (1) 非球面レンズの適用事例 (2) 非球面レンズの加工法
7時間	非球面形状の超精密切削加工 (1) 超精密切削工具 (2) 非球面レンズ金型の超精密切削加工

また、対象認定実習併用職業訓練及び対象有期実習型訓練については、以下の書類を添付することにより記載不要です。(対象有期実習型訓練については、12欄から14欄まで記載不要です。)

〔対象認定実習併用職業訓練〕

- ① 実習併用職業訓練の認定を受ける際に厚生労働大臣に提出した「実施計画認定申請書(様式第七号)」(写)
- ② 実施計画認定申請書に添付した実施計画及び実施計画に記載されている内容が確認できる書類(写)
- ③ 厚生労働省から交付された「実施計画認定通知書」(写)

〔対象有期実習型訓練〕

・「有期実習型訓練実施計画」

- 12 12欄は、事業内訓練を実施する場合の講師名や所属等を記入してください。
部内講師の場合は、講師名と所属部課を、部外講師を招いた場合にはその講師名と所属機関名及び住所を記入してください。
- 13 12欄のイは、当該訓練を実施したことにより習得できる技能及び知識を記入してください。具体的な資格等でも結構です。
ロは、訓練を実際に行う場所について、名称と住所を記入してください。
- 14 13欄は、事業外訓練を実施する場合の訓練の実施機関の名称と住所を記入してください。
- 15 14欄は、実習(OJT)を行う場合のみ記入してください。
- 16 15欄から19欄は、対象自発的職業能力開発を行う場合のみ記入してください。
なお、15欄は、従業員が受ける職業能力開発の区分に「○」を記入してください。
- 17 16欄は、当該コースで活用する支援制度に「○」をつけてください。
- 18 17欄は、16欄で「○」をつけた支援制度の導入日(支援制度が規定された労働協約、就業規則の施行日)又は導入予定日(支援制度を規定する労働協約、就業規則の施行予定日)を記入してください。
- 19 18欄は、17欄に記入した制度導入(予定)日が含まれる年間職業能力開発計画(以下「年間計画」という。)の期間の初日を記入してください。
- 20 19欄は、18欄の年月日から3年を経過しているかどうか該当する方に「○」をつけてください。3年を経過しているかどうかで、利用できる奨励金が異なります。

その他

- 1 この年間計画の届出後に、訓練内容の変更や訓練の追加等がある場合には、様式第6号「キャリア形成促進助成金訓練実施計画変更届」により訓練実施計画の変更を行うことができます。
- 2 認定訓練のうち、都道府県から「認定訓練助成事業費補助金」を受けている訓練の受講料は、助成対象となりません。
- 3 独立行政法人雇用・能力開発機構の職業能力開発施設が実施している訓練の受講料は、助成対象となりません。

年間職業能力開発計画（職業能力検定）

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)
---	---------------------------------------

◆ 職業能力検定の内容〔対象となる職業能力検定は、当該職業能力検定と併せて実施される訓練コースの総訓練時間数（対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等（OFF-JT）の総訓練時間数）と当該職業能力検定の受検時間数の合計時間数の2割未満の受検時間数（キャリア・コンサルティングも併せて実施する場合は、当該実施時間数を含む。）であることが必要です。〕

2	職業能力検定の名称				3	受検予定者数	人			
4	検定の実施期間	初 日	年	月	日	5	実施日数及び受 検時間数	日 間	時 間	分
		最 終 日	年	月	日			7	検定の実施場所	
6	検定の実施機関	名 称								
		所 在 地								

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)
---	---------------------------------------

◆ 職業能力検定の内容〔対象となる職業能力検定は、当該職業能力検定と併せて実施される訓練コースの総訓練時間数（対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等（OFF-JT）の総訓練時間数）と当該職業能力検定の受検時間数の合計時間数の2割未満の受検時間数（キャリア・コンサルティングも併せて実施する場合は、当該実施時間数を含む。）であることが必要です。〕

2	職業能力検定の名称				3	受検予定者数	人			
4	検定の実施期間	初 日	年	月	日	5	実施日数及び受 検時間数	日 間	時 間	分
		最 終 日	年	月	日			7	検定の実施場所	
6	検定の実施機関	名 称								
		所 在 地								

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)
---	---------------------------------------

◆ 職業能力検定の内容〔対象となる職業能力検定は、当該職業能力検定と併せて実施される訓練コースの総訓練時間数（対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等（OFF-JT）の総訓練時間数）と当該職業能力検定の受検時間数の合計時間数の2割未満の受検時間数（キャリア・コンサルティングも併せて実施する場合は、当該実施時間数を含む。）であることが必要です。〕

2	職業能力検定の名称				3	受検予定者数	人			
4	検定の実施期間	初 日	年	月	日	5	実施日数及び受 検時間数	日 間	時 間	分
		最 終 日	年	月	日			7	検定の実施場所	
6	検定の実施機関	名 称								
		所 在 地								

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)
---	---------------------------------------

◆ 職業能力検定の内容〔対象となる職業能力検定は、当該職業能力検定と併せて実施される訓練コースの総訓練時間数（対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等（OFF-JT）の総訓練時間数）と当該職業能力検定の受検時間数の合計時間数の2割未満の受検時間数（キャリア・コンサルティングも併せて実施する場合は、当該実施時間数を含む。）であることが必要です。〕

2	職業能力検定の名称				3	受検予定者数	人			
4	検定の実施期間	初 日	年	月	日	5	実施日数及び受 検時間数	日 間	時 間	分
		最 終 日	年	月	日			7	検定の実施場所	
6	検定の実施機関	名 称								
		所 在 地								

様式第3号の2 〔年間職業能力開発計画（職業能力検定）〕 （裏面）

記入上の注意

- 1 この様式は、様式第3号の1「年間職業能力開発計画」において計画された訓練コースと併せて職業能力検定を実施する場合に作成してください。
(職業能力検定を実施しない場合は、作成する必要はありません。)
なお、この様式は、様式第3号の1と併せて提出してください。
- 2 1欄の「年間計画番号」には、様式第3号の1の2欄の「年間計画番号」と同じ番号を記入して下さい。
- 3 2欄は、従業員に受検させようとする職業能力検定の名称を記入してください。
- 4 3欄は、職業能力検定の受検予定者数を記入してください。
- 5 4欄は、職業能力検定の実施期間の初日と最終日を記入してください。
- 6 5欄は、職業能力検定の実施日数及び受検時間数を記入してください。
- 7 6欄は、職業能力検定の実施機関の名称と所在地を記入してください。
- 8 7欄は、職業能力検定を実際に行う場所について、その名称と住所を記入してください。

その他

この年間職業能力開発計画の届出後に、内容の著しい変更等がある場合には、様式第6号「キャリア形成促進助成金訓練実施計画変更届」により変更届の手続きを行うことができます。

年間職業能力開発計画 (キャリア・コンサルティング)

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)	
---	---------------------------------------	--

◆ キャリア・コンサルティングの内容 [対象となるキャリア・コンサルティングは、当該キャリア・コンサルティングと併せて実施される訓練コースの総訓練時間数 (対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等 (OFF-JT) の総訓練時間数) と当該キャリア・コンサルティングの実施時間数の合計時間数の2割未満の実施時間数 (職業能力検定も併せて実施する場合は、当該受検時間数を含む。) であることが必要です。]

2	キャリア・コンサルティングの目的及び内容				3	キャリア・コンサルティングの受講予定者数	人			
4	キャリア・コンサルティングの実施期間	初日	年	月	日	5	実施日数及び 総実施時間数	日間	時間	分
		最終日	年	月	日					
6	キャリア・コンサルティングの実施機関等	名称				所在地又は所属				
7	キャリア・コンサルティングの実施場所	名称				所在地				

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)	
---	---------------------------------------	--

◆ キャリア・コンサルティングの内容 [対象となるキャリア・コンサルティングは、当該キャリア・コンサルティングと併せて実施される訓練コースの総訓練時間数 (対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等 (OFF-JT) の総訓練時間数) と当該キャリア・コンサルティングの実施時間数の合計時間数の2割未満の実施時間数 (職業能力検定も併せて実施する場合は、当該受検時間数を含む。) であることが必要です。]

2	キャリア・コンサルティングの目的及び内容				3	キャリア・コンサルティングの受講予定者数	人			
4	キャリア・コンサルティングの実施期間	初日	年	月	日	5	実施日数及び 総実施時間数	日間	時間	分
		最終日	年	月	日					
6	キャリア・コンサルティングの実施機関等	名称				所在地又は所属				
7	キャリア・コンサルティングの実施場所	名称				所在地				

1	年間計画番号 (様式第3号の1 に対応する番号を 記載)	
---	---------------------------------------	--

◆ キャリア・コンサルティングの内容 [対象となるキャリア・コンサルティングは、当該キャリア・コンサルティングと併せて実施される訓練コースの総訓練時間数 (対象認定実習併用職業訓練又は対象有期実習型訓練は座学等 (OFF-JT) の総訓練時間数) と当該キャリア・コンサルティングの実施時間数の合計時間数の2割未満の実施時間数 (職業能力検定も併せて実施する場合は、当該受検時間数を含む。) であることが必要です。]

2	キャリア・コンサルティングの目的及び内容				3	キャリア・コンサルティングの受講予定者数	人			
4	キャリア・コンサルティングの実施期間	初日	年	月	日	5	実施日数及び 総実施時間数	日間	時間	分
		最終日	年	月	日					
6	キャリア・コンサルティングの実施機関等	名称				所在地又は所属				
7	キャリア・コンサルティングの実施場所	名称				所在地				

様式第3号の3 [年間職業能力開発計画 (キャリア・コンサルティング)] (裏面)

記入上の注意

- 1 この様式は、様式第3号の1「年間職業能力開発計画」において計画された訓練コースと併せてキャリア・コンサルティングを実施する場合に作成してください。(キャリア・コンサルティングを実施しない場合は、作成する必要はありません)
なお、この様式は、様式第3号の1と併せて提出してください。
- 2 1欄の「年間計画番号」には、様式第3号の1の2欄の「年間計画番号」と同じ番号を記入して下さい。
- 3 2欄は、キャリア・コンサルティングの目的及び内容を具体的に記入してください。
- 4 3欄は、キャリア・コンサルティングを受ける従業員の受講予定者数を記入してください。
- 5 4欄は、キャリア・コンサルティングの実施期間を記入してください。
- 6 5欄は、キャリア・コンサルティングの実施日数及び実施時間を記入してください。
- 7 6欄は、キャリア・コンサルティングを実施する機関等の名称、住所を記入してください。企業内のキャリア・コンサルタントによるキャリア・コンサルティングについては、企業内のキャリア・コンサルタントの氏名と所属部署を記入してください。
- 8 7欄は、キャリア・コンサルティングが実施される場所と住所を記入してください。

その他

この年間職業能力開発計画の届出後に、キャリア・コンサルティングの内容の変更や追加がある場合には、様式第6号「キャリア形成促進助成金訓練実施計画変更届」により変更届の手続きを行うことができます。

キャリア形成促進助成金訓練実施計画変更届

届出日 平成 年 月 日

独立行政法人雇用・能力開発機構
センター統括所長 殿

(〒)
事業主 所在地
名称
代表者氏名 印
(〒)
代理人又は
事務代理者
・代行者 所在地
名称
代表者氏名 印

訓練の実施に係る変更につき、必要書類を添付のうえ、次のとおり届けます。

1	事業所の名称			
2	事業所の所在地	(〒) 電話番号 - -		
3	雇用保険適用事業所番号	- -		
4	受理番号	第 号		
5	変更項目 (該当する項目に全て ○を付ける)	① 新たな訓練コースの追加 ② 訓練内容等の著しい変更 イ 訓練カリキュラム、スケジュール、対象者の範囲等の著しい変更 ロ 受講者が著しく増加する ハ 訓練時間が著しく延長される ニ 訓練実施機関又は講師等の変更 ③ 対象有期実習型訓練に係る変更(訓練期間、時間数の変更等) ④ 職業能力開発推進者の変更 ⑤ 会社の内容の変更(会社名、企業規模、事業内容の変更等) ⑥ その他		
6	具体的な変更内容			
7	年間職業能力開発計画期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
8	届出に関する担当者	所 属	電話番号 - -	
		氏 名	F a x - -	
			E-MAIL @	
※ 処理欄	決 裁 欄			
	統括所長	次 長	課長	係長
				起案者
				起 案 年 月 日 平成 年 月 日
				受 理 年 月 日 平成 年 月 日
				受 理 番 号 第 号

※ 処理欄には記入しないでください。

(注) この変更届により、年間職業能力開発計画の内容を変更又は追加する場合には、様式第3号の1から様式第3号の3に該当するものを添付してください。