

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース) 研修実施結果書

申請事業主					
事業主名					
研修実施日における 雇用保険被保険者数	人				
実施担当部署	部署名				
	担当者 職・氏名				
実施年月日・時間	実施年月日	時間	合計時間	説明	質疑応答
	平成 年 月 日 ()	: ~ :	: :	: :	分
	平成 年 月 日 ()	: ~ :	: :	: :	分
	平成 年 月 日 ()	: ~ :	: :	: :	分
説明者職氏名					
研修内容	※議事録、議事概要等の実施記録がある場合は、当該資料を添付することで差し支えありません。 (例) 内容は別添資料、質疑応答記録による				
受講者	計 名 (うち雇用保険被保険者 名) ※受講者名簿を添付してください。 ※対面による説明を行っていない研修はフォローアップ調査の回答数を受講者数とします。				

上記のと通りの研修を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

受講者代表者署名 _____ 印
 (連絡先電話番号 _____) (注)

(注) 受講者代表者の連絡先電話番号には、本人あて連絡がとれる電話番号を記入してください。研修を複数回実施した場合は、最終実施日以降に署名してください。
 各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。