

人材開発支援助成金(人材育成支援コース・人への投資促進コース・事業展開等リスク軽減支援コース) 職業訓練実施計画届

提出日 年 月 日

労働局長 殿

(労働局処理欄)

| 受付番号 | 受付印 |
|--|-----|
| <input type="text"/> ...入力必須箇所 <input type="text"/> ...該当する場合のみ | |

事業主

所在地

名称

氏名

法人番号

代理人

所在地

または

社会保険労務士

名称

提出代行者

氏名

事務代理者

電話番号

(該当に☑チェック)

社員が提出する場合は記入不要

訓練の実施につき、次のとおり届けます。

| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| 1 | 雇用保険適用事業所の名称 | 雇用保険適用事業所番号 (4桁-6桁-1桁) | |
| 3 | 雇用保険適用事業所の所在地 | (〒 -) | |
| 4 | 届出に関する当該事業所の担当者 | ①担当者氏名 | ②担当者の所属・役職 |
| | | ③電話番号 | ④MAIL |
| 5 | (1) 人材育成支援コース (①~④のいずれか1つにチェックしてください。) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ①人材育成訓練 | <input type="checkbox"/> ②認定実習併用職業訓練 | <input type="checkbox"/> ③中高年齢者実習型訓練 |
| | <input type="checkbox"/> ④ア 有期実習型訓練(基本型) | <input type="checkbox"/> ④イ 有期実習型訓練(キャリアアップ型) | <input type="checkbox"/> ④ウ 有期実習型訓練(派遣活用型) |
| | (2) 人への投資促進コース (①~⑤のいずれか1つにチェックしてください。) | | |
| | <input type="checkbox"/> ①定額制訓練 | <input type="checkbox"/> ②ア 自発的職業能力開発訓練(定額制サービスによる訓練以外) | <input type="checkbox"/> ②イ 自発的職業能力開発訓練(定額制サービスによる訓練) |
| | <input type="checkbox"/> ③高度デジタル人材訓練 | <input type="checkbox"/> ④成長分野等人材訓練 | <input type="checkbox"/> ⑤情報技術分野認定実習併用職業訓練 |
| | (3) 事業展開等リスク軽減支援コース (①~④のいずれか1つにチェックし、a又はbのいずれかにチェックしてください。) | | |
| | <input type="checkbox"/> ①事業展開に伴い実施する訓練 | <input type="checkbox"/> ②企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション(DX)化に伴い実施する訓練 | <input type="checkbox"/> ③企業内のグリーン・カーボンニュートラル化に伴い実施する訓練 |
| | <input type="checkbox"/> ④企業内の人事及び人材育成に関する計画に基づき実施する訓練 | | |
| | <input type="checkbox"/> a. 定額制サービスによる訓練以外 | <input type="checkbox"/> b. 定額制サービスによる訓練 ((3) ①~③の訓練に限る) | |
| 6 | 訓練コースの名称 | 第〇期建設ディレクター育成講座 | 7 受講(予定)者数 人 |
| 8 | 訓練の実施期間 | 初日 年 月 日 | 最終日 年 月 日 |
| 9 | 定額制サービスの契約期間 (定額制サービスによる訓練の場合) | 初日 年 月 日 | 最終日 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 契約が自動更新の定額制サービスである。 | | |
| 10 | 資格試験 (資格試験を受ける場合) | 資格試験名 | 受験日 年 月 日 |
| 11 | 訓練の実施場所 | 配信: 京都市上京区室町通下長者町下る近衛町33 京都サンダー株式会社 受講: 住所記載 | |
| 12 | 訓練の実施方法 | <input type="checkbox"/> ①通学制 | <input type="checkbox"/> ②同時双方向型の通信訓練 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> ③eラーニング | <input type="checkbox"/> ④通信制 |
| 13 | ①通学制・同時双方向型の通信訓練の場合 | | |
| | a. 総訓練時間数 | 時間 | 分 |
| | b. OFF-JT実訓練時間数 | 時間 | 分 |
| | ②eラーニング・通信制による訓練の場合 | | |
| a. 標準学習時間 又は 標準学習期間 | (標準学習時間) 時間 分 | 又は | (標準学習期間) 講習初日から最終日まで 日数(土日祝含) 日 |

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面以降も両面印刷して使用してください。

(第2面にも記載項目があるので、必ずご確認ください。)

| | | | | |
|----|--|--|--|---|
| 14 | OFF-JT訓練種別 | <input type="checkbox"/> ①ア事業内訓練（部内講師） | <input type="checkbox"/> ①イ事業内訓練（部外講師） | <input checked="" type="checkbox"/> ②事業外訓練 |
| 15 | OFF-JT講師の氏名等 （事業内訓練の場合） | ①OFF-JT講師の氏名 | | |
| | | ②部外講師の場合で、本講師が申請事業主と密接な関係にある者である場合、又は申請事業主と密接な関係にある事業主が設置する施設から招聘される者である場合は、「はい」にチェックしてください。「はい」の場合、本講師に支払う謝金、手当、旅費は助成対象外です。 | | |
| | | ③訓練実施に係る施設・設備の借上げ又は教科書・教材の購入・作成について、申請事業主と密接な関係にある者又は事業主と契約する場合は、「はい」にチェックしてください。「はい」の場合、施設・設備の借上費又は教科書・教材の購入・作成費は助成対象外です。 | | |
| 16 | 教育訓練機関の名称等 （事業外訓練の場合） | ①教育訓練機関の名称 | 京都サンダー株式会社 | ②教育訓練機関の代表者名 |
| | | ③教育訓練機関の所在地 | 代表取締役 新井恭子 | |
| | | 京都市上京区室町通下長者町下る近衛町33 | | |
| | | ④本教育訓練機関と訓練契約を締結することになった経緯 | | |
| | 該当するほうに☑ | 本教育訓練機関が提供する訓練を選択したきっかけを選択してください。 | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 訓練実施に関する営業を受けた | |
| | | <input type="checkbox"/> | 訓練を実施しようと考え、自ら検索してニーズに合う訓練を見つけた | |
| | | <input type="checkbox"/> | その他（ ） | |
| | | 本教育訓練機関からの訓練を行うための負担軽減に係る提案や、金銭の提供等について、該当するものを全て選択してください。 | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 訓練に係る広告宣伝業務（例：訓練成果等に関するレビューの提供や訓練を受講した感想・インタビューの実施等）や、教育訓練機関又は教育訓練機関に関連する者（以下、「教育訓練機関等」という。）から、「研修の実施に際して費用負担がかからない」等、当該訓練を行うための負担軽減に係る提案を受けた場合は、チェックしてください。 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 教育訓練機関等から訓練費用の負担軽減に係る説明資料（受講案内を除く）を提供された場合は、チェックしてください。また、本欄にチェックした場合は、当該資料を提出してください。 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | 教育訓練機関等から名目を問わず金銭の提供を受けたことはなく、今後受ける予定もない場合は、チェックしてください。教育訓練機関等から訓練費用に係る返金がある場合等、訓練経費を申請事業主が全額負担していない場合は、経費助成の対象外です。 | |
| | | ⑤本教育訓練機関が申請事業主と密接な関係にある教育訓練機関である場合は、「はい」にチェックしてください。 | | |
| | | 「はい」の場合、本教育訓練機関に対して支払う訓練経費は助成対象外です。 | | |
| 17 | デジタル人材の育成を目的に行う訓練の場合 （該当する主な区分1つにチェックしてください。また、男女別の受講者数を記載してください。） | <input type="checkbox"/> ①ビジネスアーキテクト関係 | <input type="checkbox"/> ②データサイエンス関係 | <input type="checkbox"/> ③ソフトウェアエンジニア関係 |
| | | <input type="checkbox"/> ④サイバーセキュリティ関係 | <input type="checkbox"/> ⑤デザイナー関係 | <input checked="" type="checkbox"/> ⑥その他のデジタル人材関係 |
| | a. 受講（予定）者数のうち男性の数 | | | 人 |
| | b. 受講（予定）者数のうち女性の数 | | | 人 |
| 18 | 有期実習型訓練・認定実習併用職業訓練・中高年齢者実習型訓練・情報技術分野認定実習併用職業訓練であって、キャリア形成・リスキリング支援センターに以下の書類（写）の送付を希望する場合は、送付先のセンター名を記載してください。 ・「職業訓練実施計画届」（様式第1-1号） ・シヨブ・カード様式3-3-1-1（職業能力証明（訓練成果・実務成果）シート） | (送付先センター名) | | |

・ 人材開発支援助成金における訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員化することで、キャリアアップ助成金（正社員化コース）も活用することができます。

・ 以下の項目を追加で記載することをもってキャリアアップ助成金の当該コース申請分のキャリアアップ計画書（様式第1号）を届け出たことと見なすことができます。

・ なお、その場合には、届出日から5年以内をキャリアアップ計画期間と見なします。

上記の訓練を修了した非正規雇用労働者の正社員転換の実施につき、次のとおり届けます。

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| キャリアアップ管理者情報 ※労働者代表との兼任はできません | <input type="checkbox"/> | (氏名) |
| キャリアアップ計画（正社員化コース） | <input type="checkbox"/> | 人材開発支援助成金の訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員転換する。()年()月頃実施予定) |