

正規雇用等轉換狀況報告書

対 象 者 氏 名 ()

雇用保険被保険者番号 ()

* 正規雇用雇用等の転換に係る内容について記載ください。

* 対象者が「**有期実習型訓練（人材開発支援助成金（特別育成訓練コース）を受講し修了した**」場合は**8 欄と9 欄のみ記入**してください。

1.①就業規則に規定日	平成・令和	年	月	日
②対象者への周知日	令和	年	月	日
2.対象者への周知方法（※）				
3.本人（対象者）からの申出日	令和	年	月	日
4.所属長の推薦日	令和	年	月	日
5.試験（面接・筆記）通知日	令和	年	月	日
6.試験日（面接・筆記）	令和	年	月	日
7.面接・筆記試験の内容（※）				
8.試験合格通知日 （または訓練計画期間修了日）	令和	年	月	日
9.正規雇用等転換日	令和	年	月	日

*周知方法や試験等の可否の判定等については、提出をお願いする場合がありますので、5年間保存してください。

上記内容については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

事業主
(社名等・役職・氏名) _____

対象者

*対象者欄には本人が署名してください。