

# 正規雇用等転換状況報告書

対象者 ( )

雇用保険被保険者番号 ( - - )

※対象者が「有期実習型訓練修了者」の場合は 8欄 と 9欄 のみ記入してください。

1	正規雇用等転換について全対象者への周知日	平成 年 月 日
2	正規雇用等転換について全対象者への周知方法	
3	本人(対象者)からの申出日	平成 年 月 日
4	所属長の推薦日	平成 年 月 日
5	試験(面接・筆記)通知日	平成 年 月 日
6	試験日(面接・筆記)	平成 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終了日)	平成 年 月 日
9	正規雇用等転換日	平成 年 月 日

※周知方法や試験等の可否の判定等については、提出が求められた時に提出できるよう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。

平成 年 月 日

事業主

印

対象者

印