

教育訓練休暇変更確認票

<被保険者記載欄>

変更前の教育訓練休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変更後の教育訓練休暇の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変更後の教育訓練の内容 (教育訓練実施者名・施設等の名称、講座名等)	(教育訓練実施者名・教育訓練施設等の名称) (教育訓練講座名) (受講開始予定年月日) 令和 年 月 日 (受講修了予定年月日) 令和 年 月 日 (分類) ※該当する欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 民間の教育訓練機関 <input type="checkbox"/> 大学・大学院等 <input type="checkbox"/> その他 ()
この申請書を提出する理由	イ 妊娠、出産、育児 ロ 疾病、負傷等 ハ その他 具体的理由 []
疾病又は負傷の場合	疾病の名称 診療機関の名称、診察担当医

上記のとおり、教育訓練休暇を変更することについて、申請します。

(フリガナ)

令和 年 月 日

氏名

<事業主記載欄> ※該当する欄にチェックを入れてください。

承認の求めがあった教育訓練休暇の変更は、これを承認します。

〒

住 所

事業所名

事業主名

令和 年 月 日

電話番号

教育訓練休暇の変更について上記のとおり提出します。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

2025. 9