

新潟県知事 様

住所 新潟市中央区新光町1-1

申請者 氏名 山田 一郎

訓練手当の支給を下記のとおり申請します。

① 訓練が行われなかった日	3, 4, 10, 11, 17, 18, 23, 24, 25 (9日)			④ 備	※訓練生出席簿照合済
② 訓練を受けなかった日	疾病・負傷による場合	8 (1日)			
	やむを得ない理由による場合				
	やむを得ない理由がない場合	【受講者記載欄】 訓練が行われなかった日、受けなかった日、備考欄に記載します。受けなかった日がある場合は、理由証明書を必ずつけてください。			
③ 家族と別居して寄宿していない日					
手 当 区 分	日 数	日 額 (月 額)	金 額		
⑤ 基本手当					
⑥ 技能習得手当	(1) 受講手当	※記入不要			
	(2) 通所手当				
⑦ 寄宿手当					
⑧ 合計金額					㊟

訓練施設による受講証明

右のカレンダーに該当する印を付けてください。

(1) 訓練が行われなかった日 =印 (取消線)

(2) 訓練を受けなかった日 ×印

6月

1	2	㊟	㊟	5	6	7
×	9	㊟	㊟	12	13	14
15	16	㊟	㊟	19	20	21
22	㊟	㊟	㊟	26	27	28
29	30	㊟				

特記事項 8日→通院のため訓練を行わなかった。

上記の記載事実に誤りのないことを証明する。

令和5年7月 2日

訓練施設の長の氏名 新潟ビジネスセンターカレッジ 校長 新潟太郎 ㊟

- 注 1 ①欄から③欄までは該当する日を記入すること。  
 2 ④欄は①欄から③欄までの日数について具体的事情、その他必要な事項を記入すること。  
 3 訓練施設の長の証明欄は、新潟県立職業能力開発校の施設内において行う訓練以外の場合に使用する。

【訓練実施施設の記載欄】

- ・必ず訓練実施施設に本欄へ証明をしてもらった上で本様式を提出してください。
- ・出席簿照合の印は、訓練機関担当者等からもらってください。