

受理

28.9.14

助成金事務

## キャリア形成促進助成金（制度導入コース）制度導入・適用計画届

13-16-0976-0204

提出日 平成28年9月14日

標記は必ず次のとおり提出します。

9.29 認定 不認定 通知書

1 事業主	所在地 (〒)	名称	代表者氏名	所在地 (〒306-6433)	名称	代表者氏名	電話番号
		ARMONIC 〒150-0021 東京都渋谷区恵比寿西1-14-14 TEL 03-6416-0963	佐々木泰広	茨城県猿島郡境町1539-3	サイトー社労士事務所	斎藤 輝之	090-1810-1414
2 主たる事業所の 雇用保険適用事業所番号	13076399767			3 主たる事業所の労働保険番号	1307288695		
4 企業の主たる事業	<input checked="" type="checkbox"/> 小売業（飲食業を含む） <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> その他			5 産業分類	M		
6 企業の資本の額又は 出資の総額	万円	7	企業全体の常用雇用する労働者数 3 人 企業全体の雇用する被保険者数 3 人	8 企業規模	<input type="checkbox"/> 大企業 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業		
9 職業能力開発推進者名	役職	代表		氏名	佐々木泰広		
10 制度導入・適用計画期間	平成28年10月5日～平成31年9月4日						
11 事業内職業能力開発計画の 策定の有無	有・無のいずれかに○を付けてください。 有に○を付けた場合には、以下の該当項目が策定されている場合には○を付けてください。 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <事業内職業能力開発計画に、以下の項目の記載がある> <input type="checkbox"/> 経営理念・経営方針に基づく人材育成の基本方針・目標 <input type="checkbox"/> 昇進昇格、人事考課等に関する事項 <input type="checkbox"/> 職務に必要な職業能力に関する事項						
12 導入予定制度	<input type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度 <input checked="" type="checkbox"/> セルフ・キャリアドック制度 <input type="checkbox"/> 技能検定合格報奨金制度 <input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練休暇等制度 <input type="checkbox"/> 社内検定制度	導入予定日	平成28年 月 日	適用予定人数			
		導入予定日	平成28年10月5日	適用予定人数	(認) 1		
		導入予定日	平成 年 月 日	適用予定人数			
		導入予定日	平成28年10月5日	適用予定人数	(認) 1		
		導入予定日	平成 年 月 日	適用予定人数			
13 届出に関する担当者	所属	代表		電話番号	03 - 6416 - 0963		
	氏名	佐々木泰広		FAX	-		
				e-mail			
14 ジョブ・カードセンターへ次の書類の写しを送付する。 ・制度導入様式第1号第1面 ・ジョブ・カード様式3-3(職業能力証明(訓練成果・実務成果)シート) ・制度導入様式第12号第1面 <input type="checkbox"/> はい(送付先 センター) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	※労働局処理欄 認定日 28.9.29 係長 主任 担当 斎藤 浦 佐藤						

記載にあたっては、裏面の記入上の注意を必ずご一読下さい。  
 ※労働局外処理には記入しないでください。  
 ホームページから様式をダウンロードするときは、必ず裏面も印刷した上で使用してください。

制度導入コースの支給申請期限は、制度を導入し実施(最低雇用人数の一番最後の者の実施)した日の翌日から6ヶ月経過した日から起算して2か月以内です。  
 キャリア形成促進助成金の他のメニュー及び旧企業内人材育成推進助成金と、支給申請期日が異なりますので、ご留意ください。