

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

愛知 労働局長殿 29.3.31

提出日 平成 年 月 日

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒493-0001)	所在地 (〒)			
	愛知県一宮市木曽川町黒田字宝光寺1-14				
	名称	代理人又は事務代理人・代行者	名称		
	株式会社 コウケン		サイトー社労士事務所 斎藤 輝之		
	代表者氏名		代表者氏名		
	田中 耕太郎		〒277-0871 千葉県柏市若柴178-4 柏の葉キャンパス148街区2-6F 090-1810-1414		
			電話番号		
2 主たる事業所の雇用保険適用事業所番号	2306-614234-2	3 主たる事業所の労働保険番号	23306614234		
4 企業の主たる事業	<input 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	D				
6 企業の資本の額又は出資の総額	300 万円	7 企業全体の常用雇用する労働者数	10 人		
		企業全体の雇用する被保険者数	10 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	代表取締役	氏名 田中 耕太郎		
10 制度導入・適用計画期間	平成29年 5月16日 ~ 平成32年 4月30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。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <事業内職業能力開発計画に、以下の項目の記載がある> <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度	導入予定日	平成29年 5月16日	適用予定人数	1
	<input checked="" type="checkbox"/> セルフ・キャリアドック制度	導入予定日	平成29年 5月16日	適用予定人数	1
	<input type="checkbox"/> 技能検定合格報奨金制度	導入予定日		適用予定人数	
	<input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練休暇等制度	導入予定日	平成29年 5月16日	適用予定人数	1
	<input type="checkbox"/> 社内検定制度	導入予定日		適用予定人数	
13 届出に関する担当者	所属	代表取締役	電話番号	0586-87-0990	
	氏名	田中 耕太郎	FAX		
			e-mail	koutapapa.genki@ezweb.ne.jp	
14 ジョブ・カードセンターへ次の書類の写しを送付する。			*労働局処理欄		
・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） <input type="checkbox"/> はい（送付先 センター） <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					