

制度導入様式第1号(H28.4)

## 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

28-374

労働局長 殿

提出日 平成28年 8 月29 日

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒)	名称	代理人又は専務代理人・代行者	所在地 (〒)	名称	代表者氏名	電話番号
		<b>BELINDA</b> hair salon 〒493-0004 一宮市木曾川町玉ノ井字稲荷前320 TEL・FAX 0586-85-9796 酒井一吉			名古屋市北区御成通1丁目7番地3 〒462-0807 ビュールビル401号 社会保険労務士法人 絆 代表 山口剛志 TEL 052-982-6571		
2 主たる事業所の 雇用保険適用事業所番号	2306-616562-1		3 主たる事業所の労働保険番号	23107106559-000			
4 企業の主たる事業	<input type="checkbox"/> 小売業（飲食業を含む） <input checked="" type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> その他		5 産業分類	N			
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	2	△	8 企業規模	<input type="checkbox"/> 大企業 <input checked="" type="checkbox"/> 中企業	
9 職業能力開発推進者名	役職	代表		氏名	酒井一吉		
10 制度導入・適用計画期間	平成28年10月1日～平成31年9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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <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 <input checked="" type="checkbox"/> セルフ・キャリアドック制度 <input checked="" 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10月1日	適用予定人数	1	
			導入予定日	平成28年10月1日	適用予定人数	1	
			導入予定日	平成28年10月1日	適用予定人数	1	
			導入予定日	平成28年10月1日	適用予定人数	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	氏名	電話番号	052-982-6571			
		山口剛志	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 □はい(送付先 センター) □いいえ	28.8.29 愛知労働局 ※労働局処理欄 28.9.28 16-425						

記載にあたっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧下さい。

※労働局処理欄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(最低適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。