

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

28.11.22

助成金事務局

労働局長 殿

提出日 平成28年11月22日

28 11

認定 不認定 通知書

28.12.-9

阪野

添付書類を添えて、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒176-0023) 東京都練馬区中村北 4-8-27-1F 名称 デイ ラウンジ day lounge 代表者氏名 阪野 浩二	所在地 (〒306-0421) 0433 茨城県猿島郡境町1539-3 名称 サイ-社 労士事務所 代表者氏名 斎藤 輝之 電話番号 090-1810-1414			
2 主たる事業所の 雇用保険適用事業所番号	1309-624916-2	3 主たる事業所の労働保険番号	13109279905-000		
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（業名を）				
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 企業全体の雇用する被保険者数	3 人 2 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	代表者	氏名 阪野 浩二		
10 制度導入・適用計画期間	平成29年1月1日～平成32年12月31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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 昇進昇格、人事考課等に関する事項 <input checked="" 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	導入予定日	平成29年1月1日 平成29年1月1日 平成29年1月1日 平成29年1月1日 平成 年 月 日	適用予定人数 適用予定人数 適用予定人数 適用予定人数 適用予定人数	認定 / 認定 / 認定 / 認定 / 認定 /
13 届出に関する担当者	所属	氏名	電話番号	FAX	e-mail
		代表者	03 - 5933- 9038	-	-
		阪野 浩二			

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

※労働局処理欄

認定日 28.12.-8

係長	主任	担当
（印）	（印）	（印）

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、必ず印刷も印刷した上で使用してください。

13-16-1435-1 13-16-1435-3
 13-16-1435-2 13-16-1435-4

制度導入コースの支給申請期限は、制度を導入し実施（最低雇用人数の一審最後の者の実施）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。