

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

提出日 平成28年8月26日

労働局長 殿

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒460-0008) 株式会社 アンプ 代表取締役 伊藤 央人 名古屋市中区栄3丁目27番15号 DACEビル2F 代表者氏名	所在地 (〒) 名古屋市中区栄3丁目27番15号 DACEビル2F 代表者氏名	名称 社会保険労務士法人 絆 代表者氏名 代表 山口 剛志 TEL 052-982-6571 電話番号	
2 主たる事業所の雇用保険適用事業所番号	2302-6288-63-3	3 主たる事業所の労働保険番号	23101147148	
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	100万円	7 企業全体の常用雇用する労働者数	5	
		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	伊藤 央人	
10 制度導入・適用計画期間	平成28年10月1日～平成29年9月30日			
11 事業内職業能力開発計画の策定の有無	<p>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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><事業内職業能力開発計画に、以下の項目の記載がある></p> <p><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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>昇進昇格、人事考課等に関する事項</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>職務に必要な職業能力に関する事項</p>			
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 平成28年10月1日 平成28年10月1日 平成28年10月1日 平成 年 月 日	適用予定人数 1 1 1 1 適用予定人数
13 届出に関する担当者	所属 氏名	電話番号	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)) ・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 28.9.7 16-328			

記載にあたっては、裏面の記入上の注意を必ずご参下さい。

※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。