

4861

4861

受理

29.3.30

助成金事務局 殿  
センター



提出日 平成29年3月30日

認定・不認定 通知書

29.4.25

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒) 〒112-0014 東京都文京区関口1-15-3 第2麻生ビル1F 株式会社 g g n 代表取締役 佐藤 清峰 TEL・FAX 03-5261-0097 代表者氏名	代理人 又は事務 代理人 者・代 行者	所在地 (〒) サイトー社労士事務所 斎藤 輝之 名称 〒277-0871 千葉県柏市若葉178-4 柏の葉キャンパス148街区2-6F 090-1810-1414 代表者氏名 電話番号		
2 主たる事業所の 雇用保険適用事業所番号	1301-583144-9	3 主たる事業所の労働保険番号	131-01-331673-000		
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	500 万円	7 企業全体の常用雇用する労働者数 12 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	佐藤 清峰		
10 制度導入・適用計画期間	平成29年4月1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。 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <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 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 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29年4月1日 平成29年4月1日 平成 年 月 日 平成29年4月1日 平成 年 月 日	適用予定人数	認 1 認 1 適用予定人数 適用予定人数 認 1
13 届出に関する担当者	所属 氏名	代表取締役 佐藤 清峰	電話番号 FAX e-mail	03 - 5261 - 0097 03 - 5261 - 0097 info@granew.com	

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3-2(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  
 29.4.21  
 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。