

(様式第1号(表紙))(H29.4)

キ計画-1304-29-634

提出日: 平成29年8月7日

東京 労働局長 殿



キャリアアップ助成金 《キャリアアップ計画書》

事業所名: 鯉善株式会社

使用者側代表者名: 井川 陽水

労働組合等の労働者代表者名:

井川 陽水



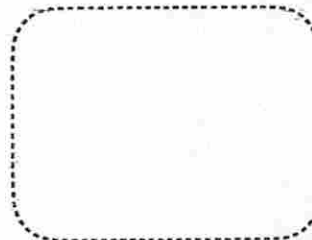
※管轄労働局確認欄

受付日: 平成 年 月 日

確認日: 平成 年 月 日

受付番号:

確認印:





(様式第1号(共通))

【 共 通 事 項 】

①キャリアアップ管理者 情報	(氏 名) :	井川 陽水	役職	代表取締役
	(配置日) :	平成 29 年 8 月 1 日		
②キャリアアップ管理者 の業務内容	事業所における非正規労働者等のキャリアアップに係る 人事労務管理、正規雇用転換実施に関する業務、 また労働者への周知、相談及び指導を行う。			

(事業所情報欄)

③事業主名	饅善株式会社井川 陽水													
④事業所住所	(〒108-0072)													
	東京都港区白金4-2-6白金グレースマンション405													
⑤電話番号	080-5283-7333					⑥担当者	井川 陽水							
⑦企業全体で常時雇用する労働者 の数	3					⑧資本金の額 もしくは 出資の総額	990 万円							
⑨企業規模 (該当番号を○で囲む)	1 中小企業		⑩主たる事業	飲食業										
	2 大企業													
⑪雇用保険適用	1	3	0	4	-	6	5	7	5	1	9	-	2	
⑫労働保険番号	都道府県	所管	所管(1)	基幹番号					枝番号					
	1	3	1	0	4	2	5	4	6	2	2	-	0	0

(代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄)

⑬代理・代行	1 代理人	社会保険労務士	
		2 提出代行者	3 事務代理者
⑭代理人等氏名	社会保険労務士 井川 陽水 (印)		
⑮住所	(〒132-0021)		
	江戸川区中央1-1-11		
⑯電話番号	(03) 3655-6580		

(様式第1号(計画))



【キャリアアップ計画】

①キャリアアップ計画 期間	平成29年 10月 1日	～	平成 34年 9月 30日
②キャリアアップ計画 期間中に講じる措置 の項目 ※1 講じる措置の該当する番 号に「○」をつけて下さ い。 ※2 正社員化コース、諸手当 制度共通化コースについ ては、() 内の該当するもの を「○」で囲んで下さい。	<p>① 正社員化コース (29年 10月頃実施予定) (正規雇用等・勤務地限定正社員・職務限定正社員・短時間正社員)</p> <p>2 人材育成コース (年 月頃実施予定)</p> <p>3 賃金規定等改定コース (年 月頃実施予定)</p> <p>4 健康診断制度コース (年 月頃実施予定)</p> <p>5 賃金規定等共通化コース (年 月頃実施予定)</p> <p>6 諸手当制度共通化コース (年 月頃実施予定)</p> <p>(1.賞与 2.役職手当 3.特殊作業手当・特殊勤務手当 4.精進手当 5.食事手 当 6.単身赴任手当 7.地域手当 8.家族手当 9.住宅手当10.時間外労働手当 11.深夜・休日労働手当)</p> <p>7 選択的適用拡大導入時処遇改善コース (年 月頃実施予定)</p> <p>8 短時間労働者労働時間延長コース (年 月頃実施予定)</p>		
③対象者	<p><正社員化コース></p> <p>・配属後半年を経過した契約社員及びパートタイム労働者</p>		
④目標 (人材育成を講じる場 合、訓練後に期待さ れるスキルや能力、 その達成状況に応じ た処遇の在り方)	<p><正社員化コース></p> <p>・対象者のうち、正社員化を希望するものに対して正規雇用への転換を図る。</p>		
⑤目標を達成するた めに講じる措置	<p><正社員化コース></p> <p>正社員雇用労働者へ転換するため昇格試験を実施。</p>		
⑥キャリアアップ計画 全体の流れ	<p><正社員化コース></p> <p>・正規雇用の労働者への転換をするための制度整備を行い、対象者の範囲や制度内容を周知した上で希望する契約社員、パートタイム労働者を募集し、昇格試験等の評価により正規雇用への転換を判断する。</p>		

人材開発支援助成金制度導入・適用計画届

東京 労働局長 殿

提出日 平成29年9月29日

標記について、次のとおり提出します。

1	事業主又は事業主団体	所在地 (〒108-0072)	東京都港区白金4-2-6白金グレースマンション405		所在地 (〒)	江戸川区中央1-1-11	
		名称 代表者氏名 井川 陽水	代理人又は事務代理者・代行者	名称 代表者氏名 社会保険労務士 井上敬裕事務所 井上 敬裕	電話番号 090-4169-7466		
2	雇用保険適用事業所番号	1304-657519-2		3	労働保険番号	13104254622-000	
4	企業の主たる事業	<input type="checkbox"/> 小売業（飲食業を含む） <input type="checkbox"/> 卸売業 <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	M	
6	企業の資本の額又は出資の総額	990	万円	7	ア 企業全体の常用雇用する労働者数 ※2ヵ月を超えて雇用される者であり、かつ週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者（正規職員）と概ね同等の者の人数を記載 3 人 イ 企業全体の雇用する被保険者数 ※上記アから有期契約労働者、短時間労働者、派遣契約労働者を除いた人数を記載 1 人		
8	職業能力開発推進者名	役職	代表取締役		氏名	井川 陽水	
	※事業主団体等の申請についてのみ、構成事業主それぞれで記載願います。	役職			氏名		
		役職			氏名		
9	制度導入・適用計画期間（3年間）	平成	29	年	11	月	1 日 ~ 平成 32 年 10 月 31 日
10	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 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 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 <input type="checkbox"/> 教育訓練体系（図、表など）					
11	導入予定制度	<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11月1日		/	
		<input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練休暇等制度	導入予定日	平成29年11月1日		/	
		<input type="checkbox"/> 技能検定合格報奨金制度	導入予定日	平成 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 社内検定制度	導入予定日	平成 年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 業界検定制度	導入予定日	平成 年 月 日			
12	届出に関する担当者	所属	代表取締役		電話番号	080-5283-7333	
		氏名	井川 陽水		FAX		
					e-mail	akimi314@gmail.com	

13 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)

□はい (送付先 センター)

□いいえ

※労働局処理欄