

(様式第1号(表紙))(H28.8改正)

提出日：平成 年 月 日



愛知労働局長 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：

✓ Hairsalon RinGs

使用者側代表者名：

塚田 将史



労働組合等の労働者代表者

永田 幸輝



※管轄労働局確認欄

受付日：平成 29 年 3 月 30 日

確認日：平成 29 年 3 月 30 日

受付番号： 28-2701

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) :	塚田 将史	役職	代表
	(配置日) :	平成 29 年 3 月 15 日		
②キャリアアップ管理者 の業務内容	キャリアアップ計画の策定・運用管理			

(事業所情報欄)

③事業主名	Hairsalon RinGs塚田 将史													
④事業所住所	(〒471-0066)													
	愛知県豊田市栄町7-4-12 ファミール栄105													
⑤電話番号	0565-42-4815							⑥担当者	塚田 将史					
⑦企業全体で常時雇用する労働者	1		人		⑧資本金の額	0 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		美容業									
	2 大企業													
⑪雇用保険適用	2	3	0	9	-	6	1	4	7	3	0	-	5	
⑫労働保険番号	都道府県		所管	所管(1)		基幹番号					枝番号			
	2	3	1	1	5	1	1	6	0	6	9	-	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	印 山 藤 輝 之		
⑮住所	(〒 - ) サイトー社労士事務所 斎藤 輝之		
⑯電話番号	( ) 〒277-0871 千葉県柏市若柴178-4 柏の葉キャンパス148街区2・6F 090-1810-1414		

2017.3.31ノサイト-社労士へ  
TEL確認のうえ訂正

(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 4月 15日 ~ 平成 34年 4月 14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 正社員化コースの □ 内 も該当するものを「○」で 囲んで下さい。	○1 正社員化コース ( 29年 4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] 2 人材育成コース ( 年 月頃実施予定) 3 処遇改善コース (1) 賃金規定等改定 (2) 健康診断制度 ( 年 月頃実施予定) ( 年 月頃実施予定) (3) 賃金規定等共通化 (4) 短時間労働者の労働時間延長 ( 年 月頃実施予定) ( 年 月頃実施予定)
③対象者	<正社員化コース> ・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
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)	<正社員化コース> ・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。 1名程度
⑤目標を達成するた めに講じる措置	<正社員化コース> 正社員雇用労働者へ転換するため昇格試験を実施。 1名程度
⑥キャリアアップ計画 全体の流れ	<正社員化コース> 正規雇用の労働者への転換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希望する契約社員、パートタイム労働者を募集し、面接及び昇格試験などの評価により正規雇用への転換を判断する。

## 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

愛知 労働局長殿

提出日 平成 年 月 日

欄記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒471-0066)	愛知県豊田市栄町7-4-12 ファミール栄105 //		所在地 (〒 )		
	名称	Hair Salon Ring Hair Salon Ring		名称	サイトー社労士事務所 斎藤 輝之	
	代表者氏名	塚田 将史 //		代表者氏名	〒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	
	代理人又は事務代理者・代行者			電話番号		
2 主たる事業所の雇用保険適用事業所番号	2309-614730-5 //		3 主たる事業所の労働保険番号	23115116069 //		
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（ ）		5 産業分類	N //		
6 企業の資本の額又は出資の総額	0 万円	7 企業全体の信用利用する労働者数	1	<input checked="" type="checkbox"/>	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	氏名	塚田 将史 //		
10 制度導入・適用計画期間	平成29年 5月1日 / 平成32年 4月1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 <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 29.3.30					
12 導入予定制度	<input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度	導入予定日	平成29年 5月1日	適用予定人数	1	
	<input type="checkbox"/> セルフ・キャリアドック制度	導入予定日		適用予定人数		
	<input type="checkbox"/> 技能検定合格報奨金制度	導入予定日		適用予定人数		
	<input checked="" type="checkbox"/> 教育訓練休暇等制度	導入予定日	平成29年 5月1日	適用予定人数	1	
	<input type="checkbox"/> 社内検定制度	導入予定日		適用予定人数		
13 届出に関する担当者	所属	代表	電話番号	0565-42-4815		
	氏名	塚田 将史	FAX	0565-42-4815		
			e-mail	ring1218@yahoo.co.jp		
14 ジョブ・カードセンターへ次の書類の写しを送付する。			※労働局処理欄			
・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） <input type="checkbox"/> はい（送付先 センター） <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			29.4.26 16-2062			