

制度導入様式第1号(284)

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 年 月 日

北海道 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 (〒055-0804) 北海道札幌市西区二十四条4条5丁目1-28プラチナコート2F 名称 源 啓明 代表者氏名 源 啓明	所在地 (〒297-8520) 千葉県柏市若葉 178-4 柏ハルキャンパス 178 街 2-6F 名称 サト-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	0101-022123-1	3 主たる事業所の労働保険番号	01101075135-000
4 企業の主たる事業	小売業(飲食業を含む) サービス業 卸売業その他	5 産業分類	* P
6 企業の資本の額又は 出資の総額	0 万円	7 企業全体の雇用する労働者数	1 △
		企業全体の雇用する被保険者数	1 △
8 企業規模	○大企業 □中小企業		
9 職業能力開発促進者名	役職	氏名	氏 姓
10 制度導入・適用計画期間	平成29年 1月15日 ~ 平成30年 12月31日		
11 事業主職業能力開発計画の 策定の状況	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 <事業主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・人事管理制度に関する事項 <input type="checkbox"/> 職務に必要な職業能力に関する事項		
12 導入予定制度	<input type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度 <input type="checkbox"/> セルフ・キャリアアップ制度 <input type="checkbox"/> 技能検定合格報酬金制度 <input 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	適用予定人数
		平成29年 1月15日	適用予定人数
		平成29年 12月31日	適用予定人数
		平成29年 12月31日	適用予定人数
		平成29年 12月31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	03-6801-3632
	氏名 野 瑞樹	FAX	
		e-mail	tsk321@204mm@adion.ne.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。	・制度導入様式第1号(14回) ・ジョブ・カード様式3-3(職業能力) aはい(送付先 センター) bいいえ		
労働局印		受理年月日 平成29年12月5日 認定(不認定)年月日 平成29年12月27日 計画認定番号 第01-161205-232号	