

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

東京 労働局長殿

提出日 平成 年 月 日

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒494-0004) 愛知県一宮市北今字林四ノ切六番地一	所在地 (〒)	名称 サイトー社労士事務所 斎藤 輝之 〒277-0871 千葉県柏市若葉178-4 柏の葉キャンパス148街区2-8F 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	2306-616675-3	3 主たる事業所の労働保険番号	23302955022086
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	D
6 企業の資本の額又は 出資の総額	10 万円	7 企業全体の常時雇用する労働者数 企業全体の雇用する被保険者数	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 代表取締役	氏名	後藤哲也
10 制度導入・適用計画期間	平成29年 4月1日 ~ 平成32年 3月31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 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		
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 4月1日	1
		平成29年 4月1日	1
		平成29年 4月1日	1
		平成29年 4月1日	1
13 届出に関する担当者	所属 代表取締役	電話番号 0586-61-1323	
	氏名 後藤哲也	FAX	
		e-mail trar_510@yahoo.co.jp	
14 ジョブ・カードセンターへ次の書類の送付をする。	・制度導入様式第1号第1回 ・ジョブ・カード様式3-3（職業能力 評価表）（送付先 センター） ・いいえ		
		※労働局処理欄 	