

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

労働局長 殿

提出日 平成28年 8 月 31 日

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒) 482-0807 愛知県長久手市作田1-207 名称 株式会社オリエンタル・スタンダード 代表取締役 筒井 大介 代表者氏名 TEL 0561-63-9885	所在地 (〒) 名古屋市中区御成通1丁目7番地3 〒482-0807 ビュールビル401号 名称 社会保険労務士法人 絆 代表者氏名 代表 山口 剛志 電話番号 TEL 052-982-6571	
2 主たる事業所の雇用保険適用事業所番号	2301-618157-6	3 主たる事業所の労働保険番号	23110-115623-000
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	100 万円	7 企業全体の常用雇用する労働者数	5 △
		企業全体の雇用する被保険者数	5 △
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	筒井 大介
10 制度導入・適用計画期間	平成28年10月1日～平成31年9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。 <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 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 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	導入予定日 平成 年 月 日 適用予定人数 1	
13 届出に関する担当者	所属 氏名 山口 剛志	電話番号 052-982-6571 FAX - e-mail	

- 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3-3(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

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。

※労働局処理欄



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、ご注意ください。