

## 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

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主	所在地 (〒452-0803) 愛知県名古屋市中区大野木4丁目537番地9 名称 株式会社ニーズ 代表者氏名 大野 清	所在地 (〒 ) 名称 サイトー社労士事務所 斎藤 輝之 〒277-0871 千葉県柏市若柴178-4 柏の葉キャンパス148街区2-6F 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	2302-631782-5	3 主たる事業所の労働保険番号	23302631782
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 checked="" type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他（ ）	5 産業分類	R-F-D
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	3 人
		企業全体の雇用する被保険者数	3 人
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	大野 清
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 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 <input 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"/> 社内検定制度	導入予定日 導入予定日 導入予定日 導入予定日 導入予定日	平成29年 5月1日 平成29年 5月1日 平成29年 5月1日 平成29年 5月1日 平成29年 5月1日
13 届出に関する担当者	所属 代表取締役	電話番号	052-509-2884
	氏名 大野 清	FAX	
		e-mail	needs@gametbforth.com
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） はい（送付先センター） いいえ		

※労働局処理欄

