



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28年10月3日

認定・不認定 通知書

28.11.22

標記について、次のとおり提出します。

| | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------|
| 1 事業主 | 所在地 (〒150-0002) | 所在地 (〒277-8520) | |
| | 東京都渋谷区渋谷1-20-24渋谷スカイレジタル601 | 千葉県柏市若葉178-4 柏の葉キャンパス148街区2-6F | |
| 名称 | 名称 | 代理人又は事務代理者・代行者 | 代表者氏名 |
| 株式会社SCF | サイト-社労士事務所 | | 齋藤 輝之 |
| 代表者氏名 | 代表者氏名 | 電話番号 | 電話番号 |
| 力 隆軌 | 力 隆軌 | 090-1810-1414 | 090-1810-1414 |
| 2 主たる事業所の雇用保険適用事業所番号 | 1307-645510-2 | 3 主たる事業所の労働保険番号 | 13-1-07-330655 |
| 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 | R |
| 6 企業の資本の額又は出資の総額 | 200 万円 | 7 企業全体の常用雇用する労働者数 | 1 人 |
| 8 企業規模 | <input type="checkbox"/> 大企業 <input 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 |
| | | | 力 隆軌 |
| 10 制度導入・適用計画期間 | 平成28年12月1日～平成31年11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 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 | | |
| 12 導入予定制度 | <input type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度 | 導入予定日 | 適用予定人数 |
| | <input type="checkbox"/> セルフ・キャリアドック制度 | 導入予定日 | 平成28年12月1日 |
| | <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 type="checkbox"/> 教育訓練休暇等制度 | 導入予定日 | 平成28年12月1日 |
| | <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 | 代表取締役 | 電話番号 |
| | 氏名 | 力 隆軌 | FAX |
| | | | 03-3409-1880 |
| 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 | 認定日 |
| | <input type="checkbox"/> はい（送付先センター） | <input type="checkbox"/> いいえ | 28.11.22 |
| | | | ※労働局処理欄 係長 主任 担当 |

13-16-0953-02