

キャリア形成推進助成金申請ヒアリングシート				ご依頼日					
事業所名 (会社名)									
ふりがな									
代表者ご芳名		代表者役職名							
ふりがな									
御社事務担当者名 ※別途事務担当者を定める 場合にはお知らせ下さい。		TEL(固定)							
		TEL(携帯)							
		FAX							
E-mailアドレス									
雇用保険適用事業所番号									
労働保険番号									
御社所在地 ※雇用保険設置届の住所 をご記入下さい。		郵便番号							
資本金 ※法人の場合		万円	全体の従業員数		人	雇用保険加入人数 ※雇用保険被保険者数	人		
フルタイム勤務者の人数 (正社員+契約社員)			人	賃金×日/支払日		日×	日払		
今回の助成金の 制度導入にあたり 従業員の評価を 行う責任者	評価責任者名								
	役職名								
評価の対象となる従業員									
1	ふりがな				4	ふりがな			
	氏名					氏名			
	雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員			雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員	
	役職					役職			
	職種・ 業務内容					職種・ 業務内容			
	雇用保険 番号					雇用保険 番号			
2	ふりがな				5	ふりがな			
	氏名					氏名			
	雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員			雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員	
	役職					役職			
	職種・ 業務内容					職種・ 業務内容			
	雇用保険 番号					雇用保険 番号			
3	ふりがな				6	ふりがな			
	氏名					氏名			
	雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員			雇用形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 非正規社員	
	役職					役職			
	職種・ 業務内容					職種・ 業務内容			
	雇用保険 番号					雇用保険 番号			

弊事務所へお送り頂く書類について メールのお添付ファイル又はFAXにてお送り下さい。

- 登記簿履歴事項全部証明書の写し(法人の場合) 申請時に発行から3ヶ月以内のものがが必要です。
- 税務署への開業届(個人事業主の場合)
- 就業規則(本則・附則全て) ワードのデータでご準備下さい。(無い場合にはご相談下さい。)
- 就業規則 労基署への届出済印のページの写し (労基署への届出が済んでいる場合のみ)
- 評価の対象となる従業員の方との雇用契約書又は労働条件通知書 (無い場合にはご相談下さい。)
- 印鑑 (御社の事業所印 丸印をご準備下さい。)

御社の経営理念・経営方針(簡潔で構いませんので必ずご記入願います)

経営理念	
経営方針	

複数の事業所を設置されている場合は、ご記入ください

事業所名		雇用保険適用事業所番号	
事業所名		雇用保険適用事業所番号	
事業所名		雇用保険適用事業所番号	

白川法務コンサルティング TEL 042-663-1744 FAX 042-668-0747