（様式第1b号別紙2）(H30.4) 雇用管理改善計画期間３年タイプ

雇用管理改善計画の適用者名簿

（計　枚中　枚目）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （　　） | ①氏名 |  |
| ②雇用保険被保険者番号 |  |
| ③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無 | □有　□無 |
| （　　） | ①氏名 |  |
| ②雇用保険被保険者番号 |  |
| ③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無 | □有　□無 |
| （　　） | ①氏名 |  |
| ②雇用保険被保険者番号 |  |
| ③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無 | □有　□無 |
| （　　） | ①氏名 |  |
| ②雇用保険被保険者番号 |  |
| ③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無 | □有　□無 |
| （　　） | ①氏名 |  |
| ②雇用保険被保険者番号 |  |
| ③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無 | □有　□無 |

様式第1b号別紙2（注意書き）

１　雇用管理改善計画を提出した事業所の対象労働者全員について、左欄に通し番号を記載し、①から③までを記載してください。