

提出日： 年 月 日

労働局長 殿

事業所確認票

事業所名称：

所在地：

事業所数 _____ 事業所

申請事業所

事業所名	雇用保険適用事業所番号	常時10人以上の労働者
	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない

申請事業所以外の従たる（主たる）事業所

事業所名	雇用保険適用事業所番号	常時10人以上の労働者
1	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
2	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
3	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
4	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
5	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
6	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
7	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
8	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
9	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない
10	—	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない

【注意事項】

- ①：今回の訓練計画に係る事業所及び申請事業所以外の従たる（主たる）事業所をすべて記入してください。
- ②：事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記入してください。
- ③：記入しきれない場合は、任意の様式に記載し本様式と一緒に提出してください。
- ④：「常時10人以上の労働者」とは、通常（一時的な増減を除く）使用している労働者（雇用形態を問わず常時雇用している）数をいいます。
- ⑤：記入漏れがあった事業所において、助成対象労働者に係る支給申請があった場合、過去に遡って支給の適正を調査することがあります。