

雇用労務責任者による面談結果一覧表

(計 枚中 枚目)

| | | | | | | | |
|------------|---|-------|-------|--------------|-------|-------|--|
| ①事業所名 | | | | ②雇用保険適用事業所番号 | | | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| ①事業所名 | | | | ②雇用保険適用事業所番号 | | | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| () | ③氏名 (ローマ字) | | | | | | |
| | ④雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | ⑤面談日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 事業主 確認欄 | 記載内容について間違いのないことを確認しました。 面談結果の内容を都道府県労働局長から求められた場合は、速やかに提出いたします。 年 月 日 (事業主名) _____ | | | | | | |

【提出上の注意】

- ・ 本様式は、事業主の事業所における雇用労務責任者が実施した外国人労働者との面談結果について、「支給申請書の提出時」に添付して提出してください。
- ・ 記入欄が不足する場合は、本様式を2枚使用するなどして提出してください。
その場合は「(計 枚中 枚目)」欄に「(計2枚中1枚目)」、「(計2枚中2枚目)」と記入してください。

【記入上の注意】

- 1 ①欄は事業所名を記入してください。
- 2 ②欄は雇用保険適用事業番号を記入してください。
- 3 「()」には通し番号を記入し、③欄には、外国人労働者の氏名をローマ字にて記入してください。
- 4 ④欄は、雇用保険被保険者番号を記入してください。
- 5 ⑤欄は、雇用労務責任者が実施した外国人労働者との面談年月日を全て記入してください。
3か月間ごとに1回以上の面談を実施していない場合は、本助成金の支給を受けることができません。