

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"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない

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"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
2	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
3	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
4	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
5	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
6	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
7	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
8	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
9	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない
10	-	<input type="checkbox"/> 雇用している <input type="checkbox"/> 雇用していない

【注意事項】

：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。

：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。

：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。

：「常時雇用している労働者」とは、2か月を越えて使用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が通常の労働者と概ね同等である者をいいます。

：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。