

労働局長 殿

本社一括申請に関する事業所確認票

事業主：

所在地：

訓練コース名 \_\_\_\_\_ 事業所数（本社+本社以外） \_\_\_\_\_ 事業所 \_\_\_\_\_

申請事業所（本社）

事業所名	雇用保険適用事業所番号										備考	

申請事業所以外の事業所（本社と同一の法人番号の事業所に限る）

本社一括申請に含まれる事業所について記載してください。

事業所名	雇用保険適用事業所番号										備考	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

※以下の内容に該当する場合はチェックしてください

申請事業所が申請事業所以外の事業所の申請について一括して申請を行う場合、申請事業所以外の事業所から支給申請は行いません（受講する訓練コースが同一である場合に限る）。