

キャリア形成促進助成金（制度導入コース）（事業主団体助成制度）制度導入・適用計画届

提出日 平成 年 月 日

労働局長 殿

標記について、次のとおり提出します。

1 事業主団体	所在地 (〒 )	所在地 (〒 )	代理人又は事務代理人・代行者 名称 代表者氏名 電話番号 印	印								
	名称	名称										
2 雇用保険適用事業所番号		3 労働保険番号										
4 制度導入・適用計画期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日										
5 導入予定構成事業主での職業能力開発推進者名	役職		氏名									
	役職		氏名									
	役職		氏名									
6 導入予定構成事業主での事業内職業能力開発計画の策定の有無	有・無のいずれかに○を付けてください。 有に○を付けた場合には、以下の該当項目が策定されている場合には○を付けてください。 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <事業内職業能力開発計画に、以下の項目の記載がある> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>経営理念・経営方針に基づく人材育成の基本方針・目標</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>昇進昇格、人事考課等に関する事項</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>職務に必要な職業能力に関する事項</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>教育訓練体系（図、表など）</td></tr> </table>				<input type="checkbox"/>	経営理念・経営方針に基づく人材育成の基本方針・目標	<input type="checkbox"/>	昇進昇格、人事考課等に関する事項	<input type="checkbox"/>	職務に必要な職業能力に関する事項	<input type="checkbox"/>	教育訓練体系（図、表など）
<input type="checkbox"/>	経営理念・経営方針に基づく人材育成の基本方針・目標											
<input type="checkbox"/>	昇進昇格、人事考課等に関する事項											
<input type="checkbox"/>	職務に必要な職業能力に関する事項											
<input type="checkbox"/>	教育訓練体系（図、表など）											
7 導入予定制度	<input type="checkbox"/> 教育訓練・職業能力評価制度	導入予定日	平成 年 月 日	適用予定人数	人							
	<input type="checkbox"/> 業界検定制度	導入予定日	平成 年 月 日	適用予定人数	人							
	<input type="checkbox"/> 教育訓練プログラム制度	導入予定日	平成 年 月 日	適用予定人数	人							
8 届出に関する担当者	所属		電話番号	-	-							
	氏名		FAX	-	-							
			e-mail									

制度導入コースの支給申請期限は、制度を導入し実施(各構成事業主の雇用する被保険者合計30人目への適用に係る最後の者の実施)した日の翌日から6ヶ月経過した日から起算して2か月以内です。  
 キャリア形成促進助成金の他のメニュー及び旧企業内人材育成推進助成金と、支給申請期日が異なりますので、ご注意ください。

※労働局処理欄

記入上の注意

- 1 各欄とも、この計画届の提出日における現況を記入してください。
- 2 制度導入・適用計画期間は、3年間となります。