（様式第6号別紙2）(H29.4)

人事評価制度等の適用者名簿

（計　枚中　枚目）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　） | ①氏名 | |  | | | |
| ②雇用保険被保険者番号 | |  | | | |
| ③職種 |  | | ④勤務事業所 | | （※事業所確認票の該当番号を記入しても可） |
| ⑤人事評価制度等の実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | ⑥人事評価制度等の内容 |  |
| ⑦本人確認 | 上記内容について確認しました。  平成　　年　　月　　日　（対象者氏名） | | | | |
| （　　） | ①氏名 | |  | | | |
| ②雇用保険被保険者番号 | |  | | | |
| ③職種 |  | | ④勤務事業所 | | （※事業所確認票の該当番号を記入しても可） |
| ⑤人事評価制度等の実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | ⑥人事評価制度等の内容 |  |
| ⑦本人確認 | 上記内容について確認しました。  平成　　年　　月　　日　（対象者氏名） | | | | |
| （　　） | ①氏名 | |  | | | |
| ②雇用保険被保険者番号 | |  | | | |
| ③職種 |  | | ④勤務事業所 | | （※事業所確認票の該当番号を記入しても可） |
| ⑤人事評価制度等の実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | ⑥人事評価制度等の内容 |  |
| ⑦本人確認 | 上記内容について確認しました。  平成　　年　　月　　日　（対象者氏名） | | | | |
| （　　） | ①氏名 | |  | | | |
| ②雇用保険被保険者番号 | |  | | | |
| ③職種 |  | | ④勤務事業所 | | （※事業所確認票の該当番号を記入しても可） |
| ⑤人事評価制度等の実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | ⑥人事評価制度等の内容 |  |
| ⑦本人確認 | 上記内容について確認しました。  平成　　年　　月　　日　（対象者氏名） | | | | |
| （　　） | ①氏名 | |  | | | |
| ②雇用保険被保険者番号 | |  | | | |
| ③職種 |  | | ④勤務事業所 | | （※事業所確認票の該当番号を記入しても可） |
| ⑤人事評価制度等の実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | ⑥人事評価制度等の内容 |  |
| ⑦本人確認 | 上記内容について確認しました。  平成　　年　　月　　日　（対象者氏名） | | | | |

様式第6号別紙2（注意書き）

１　人事評価制度等を適用した正規労働者等について、左欄に通し番号を記載し、①から⑦までを記載してください。

２　「③職種」欄には、対象労働者ごとの職種を記載してください。

３　「④勤務事業所」欄には、対象労働者の勤務先の事業所名を記載してください。同時に提出することとなる「事業所確認票（様式第2号）」に記載した事業所の該当番号を記載しても差し支えありません。

４　「⑤人事評価制度等の実施日」欄には、人事評価制度等の整備を経て、新しい制度に基づく賃金を支払った日を記載してください。なお、人事評価制度等の実施が複数回にわたる場合は、最初に実施した日を記載してください。

５　「⑥人事評価制度等の内容」欄には、整備した人事評価制度等の名称、概略等について記載してください。

６　「⑦本人確認」欄は、必ず対象労働者本人が署名・押印してください。ただし、自己都合退職、死亡等で対象労働者本人が署名・押印できない場合に限り、事業主がその理由を別添（任意様式）に記載し、署名・押印してください。