

(様式第 1b 号別紙 2) (H30. 4) 雇用管理改善計画期間 3 年タイプ

## 雇用管理改善計画の適用者名簿

(計 枚中 枚目)

( )	①氏名	
	②雇用保険被保険者番号	
	③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	①氏名	
	②雇用保険被保険者番号	
	③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	①氏名	
	②雇用保険被保険者番号	
	③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	①氏名	
	②雇用保険被保険者番号	
	③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	①氏名	
	②雇用保険被保険者番号	
	③現時点での賃金規定、賃金表の適用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

### 様式第 1b 号別紙 2 (注意書き)

- 雇用管理改善計画を適用した対象労働者について、左欄に通し番号を記載し、①から③までを記載してください。