提出日：平成　　年　　月　　日

（様式第８号）

　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 雇用保険適用事業所番号 |
| １ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ２ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ３ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ４ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ５ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ６ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ７ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ８ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ９ |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 10 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 11 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 12 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 13 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 14 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 15 |  |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |

【注意事項】

　①：今回の訓練計画又は支給申請に係る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。

　①：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。

　②：記入しきれない場合は、同様式を2枚目に記入してください。

　③：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。