

(様式第 8 号)

提出日：平成 年 月 日

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。