

助成金受給診断シート

I. 会社概要 下線部をご記入ください。

- (1) 貴社名 _____
- (2) 設立年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- (3) 所在地 〒 _____
- (4) TEL _____ FAX _____
e-mail _____
- (5) 従業員数 _____人 (うち契約社員 _____人、パートタイマー _____人、派遣社員 _____人)
60歳～64歳 _____人、65歳～70歳 _____人、71歳以上 _____人
- (6) 社会保険の加入 労災保険 (○ ×) 雇用保険 (○ ×) 健康保険 (○ ×) 厚生年金保険 (○ ×)
- (7) 業種 (具体的に) _____
- (8) 連絡先 (役職名) _____ (氏名) _____

II. 診断情報 全ての質問にYES/NOでお答えください。

- (1) 正社員の方に社内外の研修・教育などを受講させたり、自己啓発費用を負担したりする予定がありますか？ YES・NO
- (2) パートタイム労働者、契約社員、派遣労働者の方の正社員登用・教育・賃金その他の処遇改善を考えていますか？ YES・NO
- (3) 新たな事業展開などに伴い、未経験労働者の雇い入れ、あるいは教育をされていますか？ YES・NO
- (4) 新たな事業展開などに伴い、未経験労働者の雇い入れ、あるいは教育をされていますか？ YES・NO
- (5) 中高齢者の定年延長、再雇用、新たな雇用などを考えていますか？ YES・NO
- (6) 従業員の育児・介護について支援、もしくは女性の登用の予定がありますか？ YES・NO
- (7) 雇用管理制度、時短、ワークライフバランス、ストレスチェック制度などについて整備されていますか？ YES・NO
- (8) 身体・知的・精神・その他の障害者を雇用する予定はありますか？ YES・NO
- (9) 人事制度を入れる予定がありますか？介護関連の事業を行っていますか？もしくは進出予定はありますか？ YES・NO
- (10) 建設関連の事業で、労働者の教育・雇用改善を行う予定がありますか？ YES・NO
- (11) 海外進出もしくは地方進出のご予定はありますか？ YES・NO

III. その他 わからないことがあればお気軽にどうぞ。

ご協力ありがとうございました。

下記 FAX No.へご送信ください。診断結果は早急にご連絡させていただきます。

なお、当事務所は個人情報保護法を遵守し、頂きました個人情報は助成金診断以外のことには使用いたしません。

社労士事務所 ハーベスト

代表・社会保険労務士 高原 東照

FAX No. : 06-6423-8017