

① 企業 基本 情報	法人番号 (個人事業主の場合は不要)									
	法人名									
	本社 所在地	〒 -								
	設立年	0. 明治前 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和					年			
	資本金	兆			億			万円		
	従業員数(企業全体)	人【平成・令和 年 月 日時点】								

② 事業所 基本 情報	雇用保険適用事業所番号		-	-	□ なし	
	事業 所名	事業所名				
		事業所名(カタカナ)				
	代表 者名	役職				
		代表者名				
		代表者名(カタカナ)				
	所在地	〒 -				
		最寄り駅(	駅)から[徒歩・車]で(		分)	
		電話番号	-	-		
	FAX番号	-	-	□電話番号と同じ □ なし		
	労働者派遣事業の許可番号	-	-	□ なし		

③ 事業所 詳細 情報	事業内容		(最大90文字)			
	会社の特長		(最大90文字)			
	□ 就労継続支援A型事業所に該当					
	従業員数	事業所全体(人) うち女性(人) うちパート(人)				
	加入保険等	□ 雇用保険 □ 労災保険 □ 公務災害補償 □ 健康保険 □ 厚生年金 □ 財形 □ その他()				
	企業年金	□ 厚生年金基金 □ 確定拠出年金 □ 確定給付年金				
	退職金共済	1. 加入 2. 未加入				
	退職金制度	1. あり	勤続年数	1. 不問 2. 必要()年以上		
		2. なし				

事業所登録シート①【裏面】

③ 事業所 詳細 情報	定年制	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし	一律定年制	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし	定年年齢:	一律	歳	
	再雇用制度	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし	上限年齢				歳まで	
	勤務延長	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし	上限年齢				歳まで	
	事業所に関する 特記事項							(最大72文字)
	労働組合	1. あり 2. なし	職務給制度	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし	内容:			
	育児休業取得実績	1. あり 2. なし 3. 該当者なし	介護休業取得実績	1. あり 2. なし 3. 該当者なし	看護休暇取得実績			1. あり 2. なし 3. 該当者なし
	復職制度	1. あり <input checked="" type="checkbox"/> 2. なし						内容:
	就業規則	フルタイムに適用される就業規則		1. あり 2. なし				
		パートタイムに適用される就業規則		1. あり 2. なし				
	ホームページURL							
PRロゴマーク等	※4つまで選択可 <input type="checkbox"/> くるみん <input type="checkbox"/> プラチナくるみん <input type="checkbox"/> ユースエール <input type="checkbox"/> 優良派遣事業者 <input type="checkbox"/> 職業紹介優良事業者 <input type="checkbox"/> 製造請負事業優良適正事業者 <input type="checkbox"/> ジョブ・カードくん <input type="checkbox"/> 安全衛生優良企業 <input type="checkbox"/> あんぜんプロジェクト <input type="checkbox"/> えるぼし(1段階目) <input type="checkbox"/> えるぼし(2段階目) <input type="checkbox"/> えるぼし(3段階目) <input type="checkbox"/> もにす(障害者雇用優良中小事業主)							

※事業所と異なる就業場所がある場合は記入してください。

④ 就業 場所 情報	就業場所情報1	就業場所名称					
		〒	-				
		最寄り駅(		駅)から[徒歩・車]で(		分)	
		従業員の数:就業場所(		人) うち女性(		人) うちパート(
就業場所情報2	就業場所情報2	就業場所名称					
		〒	-				
		最寄り駅(		駅)から[徒歩・車]で(		分)	
		従業員の数:就業場所(		人) うち女性(		人) うちパート(

※更に追加が必要な場合は続紙をご利用ください。

求人者マイページの開設をご希望される場合は、Eメールアドレス(できる限り組織共用のもの)をご記入ください。

Eメールアドレス:

雇用保険 適用事業 所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					事業所名	

① 代表的な 支店・ 営業所・ 工場等	1.	箇所数	左記を含め	箇所
	2.			
	3.			

② 年商	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円
	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円
	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円

③ 主要 取引先	1:
	2:
	3:

④ 関連会社	1:
	2:
	3:

⑤ 福利厚生 の内容		(最大510文字)
------------------	--	-----------

⑥ 研修制度 の内容		(最大144文字)
------------------	--	-----------

正社員以外も研修制度を利用可

⑦ 両立支援 の内容	<<子育て中の労働者を支援するための配慮(学校行事への配慮など)や、育児休業・介護休業の法定外の休暇制度、療養中・療養後の負担を軽減する短時間勤務制度など、仕事と家庭生活の両立支援に関する制度の内容を具体的に記載してください。>>	(最大510文字)
------------------	---	-----------

⑧ 障害者 に対する 配慮に 関する 状況	企業在籍型ジョブコーチの有無	1. あり	2. なし
	エレベーターの有無	1. あり	2. なし
	階段の手すり	1. あり(両側・片側) 2. なし	
	バリアフリー対応トイレ	<input type="checkbox"/> オストメイト対応トイレ <input type="checkbox"/> 車いす対応トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ	
	建物内の車いす移動	1. 可能	2. 不可
	点字設備の有無	1. あり	2. なし
	休憩室の有無	1. あり	2. なし
	障害者に配慮したその他の施設・設備等: <div style="text-align: right;">(最大144文字)</div>		

※エレベーター、バリアフリー対応トイレ、休憩室については、障害者に限らず従業員が利用できる環境の場合にも選択してください。