

事業所非該当承認申請書に関する調査書

※施設について記入または該当する項目に○を付けてください。

施設名称			
施設代表者	(役職)	(氏名)	
施設の業務内容	労働者派遣事業を	1. 行っている 2. 行っていない	労働者派遣事業の許可の有無 1. あり 2. 申請中 3. 申請予定 4. なし
	施設の人事組織	役職・職種等(被保険者以外の労働者を含む)(例 支店長、事務職、営業職、製造職…) _____名 _____名 _____計 _____名 _____名 _____名 (うち常駐役員) _____名 _____名 _____名	
人事採用権	1. 全て事業所にある 2. 一部施設にある(常用、パート・臨時、その他) 3. 全て施設にある ※「一部施設にある」場合その内容 募集・面接・採用・配置・解雇・その他() 最終決定権 事業所 ・ 施設		
経営の状況	指揮監督権	1. 事業所にある 2. 施設にある 3. その他()	
	業務計画 (企画・立案)	1. 事業所にある 2. 施設にある 3. その他()	
	施設代表者又は 担当者の責任範囲	1. 施設全体 2. 施設の一部 3. その他() ※上記1または2の場合、その内容()	
経理の状況	賃金計算	1. 事業所で行う 2. 施設で行う 3. その他()	
	賃金支払	1. 事業所から支払 2. 施設から支払 4. その他()	
施設での労働保険適用の有無	1. 有 2. 無	I 施設独自で適用 II 事業所で一括適用 III 継続事業一括申請中(年 月 日付申請) IV 継続一括認可済 V その他()	
施設としての持続性	1. 無期 2. 有期 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
他の施設の取扱状況	県内 _____ヶ所 (うち既承認数 _____ヶ所)	県外 _____ヶ所 (うち既承認数 _____ヶ所)	
その他	参考事項等(施設設置年月日と承認申請年月日が相当期間あいている場合はその理由を記入)		
安定所意見	1. 承認可 2. 承認不可 不承認の理由…		
調査年月日	年 月 日	調査者	印