年　　月　　日

愛媛労働局長　殿

事業所名

事業主名

雇用保険適用事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（380　　－　　　　　　－　　）

**再　発　行　依　頼　書**

**１．再発行書類**（どの書類の再発行を希望するのか○で囲む）

　　　　　A　キャリアアップ計画書（様式第1号）

B　キャリアアップ計画書（変更届）（様式第2号）

**２．再発行理由**

**３．送付先**　　　※原則、既に届出のあった事業主宛に送付することとし、代理人に直送は致しません。

　　　　〒　　　　　－

　　　　住所

　　　　担当者氏名

以上

**※この様式は「助成金センター　キャリアアップ担当宛」に郵送か持参をお願いします。**