

事業所非該当承認申請調査書

① 当該施設の名称				
② 当該施設の代表者	(役職)	(氏名)		
③ 当該施設の事業内容				
	(労働者派遣事業) 行っている・行っていない (労働者派遣事業の許可又は届出の有無) している・していない・申請中			
④ 当該施設の人事組織	役職・職種等(雇用保険被保険者以外の労働者を含む) ※職名毎に具体的に記載すること。(例 所長:1名、営業:3名、事務:2名)			
	_____ : 名	_____ : 名	合計 _____ 名	
	_____ : 名	_____ : 名	(うち常駐役員 _____ 名)	
	_____ : 名	_____ : 名		
⑤ 当該施設の人事権	1 当該施設にある ・ 2 当該施設に一部ある(常用、パート、臨時、その他) ・ 3 当該施設に無し ※「2 当該施設に一部ある」の場合、その内容 募集・面接・採用・配置・解雇・懲戒・その他() 最終決定権(当該施設・事業所)			
⑥ 経営の状況	指導監督権	1 事業所	2 当該施設	3 その他()
	業務計画(企画・立案)	1 事業所	2 当該施設	3 その他()
	当該施設代表者の責任範囲	1 当該施設全体	2 当該施設の一部	3 その他()
※「1当該施設全体」、「2当該施設の一部」の場合、その内容()				
⑦ 経理の状況	出退勤の管理	1 事業所で把握	2 施設で把握、事業所に報告	
	3 施設で把握	4 その他()		
	休暇、遅刻、早退、欠勤の管理	1 事業所で確認及び承認	2 施設で確認、事業所で承認	
	3 施設で確認及び承認	4 その他()		
	所定外労働の管理	1 事業所で指示及び承認	2 施設で指示、事業所で承認	
3 施設で指示及び承認	4 その他()			
賃金計算	1 事業所	2 当該施設	3 その他()	
賃金支払	1 事業所	2 当該施設	3 その他()	
⑧ 労働保険の適用状況(当該施設での適用の有無)	1 あり → 2 なし →	I 施設独自で適用 II 継続一括認可済 III 継続一括認可申請中 IV 継続一括認可申請予定 V その他()		
⑨ 施設としての持続性	1 無期 ・ 2 有期 (自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
⑩ 他の施設の取扱状況	都道府県内 _____ヶ所	都道府県外 _____ヶ所		
	(うち既承認数 _____ヶ所)	(うち既承認数 _____ヶ所)		
⑪ 備考				

安定所の意見	1 承認可 2 承認不可 (理由 _____)		
調査年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	調査者	

※記入上の注意

③、⑤～⑨欄：該当するものを○で囲むこと。