

# 事業所登録シートの書き方

初めて求人を申し込む場合は、事業所についての情報をご登録いただきます。

登録した内容は、今後申し込む「求人票」に共通して掲載され、求職者に提供されますので、わかりやすく正確に記入してください。

## 事業所登録シート①【表面】

受付年月日 令和 年 月 日

法人番号 (個人事業主の場合は不要)	0123456789012
法人名	株式会社 ハローワークケア
本社所在地	〒 999-0000 〇〇県△△△市□□□町1番地2-3 〇〇ビル1階
設立年	0. 明治前 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 58 年
資本金	兆 億 3,000 万円
従業員数(企業全体)	110 人 (平成・令和 31 年 4 月 1 日時点)

### 【企業基本情報】

- ・企業・団体の基本情報を記入してください。
- ・法人番号は必ず記入してください。個人事業主の場合は入力不要です。
- ・「法人名」「本社所在地」は求人票には掲載されません。
- ・「資本金」は、法人・団体の資本の額又は出資の総額を記入してください。資本金などが存在しない法人・個人事業主は記入不要です。

雇用保険適用事業所番号	5201 - 123456 - 8	<input type="checkbox"/> なし
事業所名	株式会社 ハローワークケア	
事業所名(カタカナ)	カブシキガイシャ ハローワークケア	
代表者名	代表取締役	
代表者名	春風 吹	
代表者名(カタカナ)	ハルカゼ フキ	
所在地	〒 999-0000 〇〇県△△△市□□□町1番地2-3 〇〇ビル1階	
最寄り駅	〇〇線 △△ 駅から 徒歩 車 で( 10 分)	
電話番号	99 - 9999 - 9999	
FAX番号	99 - 9999 - 9990 <input type="checkbox"/> 電話番号と同じ <input type="checkbox"/> なし	
労働者派遣事業の許可番号	-	<input checked="" type="checkbox"/> なし

### 【事業所基本情報】

- ・事業所の基本的な情報を記入してください。
- ・「雇用保険適用事業所番号」：雇用保険適用事業所の場合は記入してください。事業所番号は「雇用保険適用事業所設置届（事業主控え）」などで確認できます。
- ・「事業所名」「代表者名」「所在地」「電話番号」は必ず記入してください。
- ・「所在地」は、求職者が迷わないよう、ビル名、階数、部屋番号まで正確に記入してください。
- ・「最寄り駅」は、鉄道の路線名・最寄り駅を記入してください。バスの場合は、求人申込み時にご登録ください。
- ・記入した所在地をもとに地図ソフトにより地図を登録します。

事業内容	介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・認知症対応型共同生活介護施設(グループホーム)の運営
会社の特長	「ご利用者やご家族、地域の方に満足していただく」ため、「社員が活き活きと働けること」を大切にしています。現在、〇〇県内に〇施設を運営。子育て休暇等、独自の福利厚生にも力を入れています。
従業員数	事業所全体( 25 人) うち女性( 13 人) うちパート( 15 人)
加入保険等	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険 <input checked="" type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 公務災害補償 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 財形 <input type="checkbox"/> その他
企業年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 確定拠出年金 <input type="checkbox"/> 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 2. なし 動続年数 1. 不問 2. 必要 3 )年以上

### 【事業内容】

事業の種類のほか、取扱商品、ブランド、顧客層、店舗数、最近の業績など、事業展開の状況などもわかりやすく記入してください。

### 【会社の特長】

会社の経営方針、社風、スポーツや文化支援、ボランティアなどの地域貢献活動など、会社のアピールポイントをわかりやすく記入してください。

### 【就労継続支援A型事業所に該当】

「就労継続支援A型事業所」とは、障害者総合支援法に基づく指定を受け、通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である障害者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供等の支援を行う事業所のことです。該当する場合はチェックしてください。

### 【加入保険等】 【企業年金】 【退職金共済】 【退職金制度】

事業所に雇用される通常の労働者に適用される制度などを選択・記入してください。



**【定年制】 【再雇用制度】 【勤務延長】**

事業所に雇用される通常の労働者に適用される制度を選択・記入してください。

「**定年制**」：事業所の労働協約、就業規則、労働契約等で定める定年制の有無。定年年齢などについて記入してください。

「**再雇用制度**」：定年年齢に到達した者をいったん退職させた後、再び雇用する制度の有無、上限年齢について記入してください。

「**勤務延長**」：定年年齢に達した者を退職させることなく引き続き雇用する制度の有無、上限年齢について記入してください。

「**事業所に関する特記事項**」：定年制、再雇用制度、勤務延長についての条件などがある場合は記入してください。

事業所登録シート①【裏面】

定年制	1. あり 2. なし	一律定年制	1. あり 2. なし	定年年齢	一律 60 歳
再雇用制度	1. あり 2. なし	上限年齢			65 歳まで
勤務延長	1. あり 2. なし	上限年齢			歳まで
事業所に関する特記事項	再雇用終了後も、本人の希望を踏まえ、会社が認めた場合は継続雇用をする場合があります。				
労働組合	1. あり 2. なし	職務給制度	1. あり 2. なし	内容 社内独自の職務等級表を作成し、職務（役割）に応じて基本給を決定。	
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	看護休業取得実績	1. あり 2. なし 3. 該当者なし
復職制度	1. あり 2. なし	内容： 育児・介護離職者復職支援制度			
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	https://xxxx/xxxx/xxxx/xx				
PRマーク等	※4つまで選択可 <input checked="" type="checkbox"/> ぐるみん <input type="checkbox"/> プラナくるみん <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"/> もにず(障害者雇用優良中小企業主)				

**【職務給制度】**

・事業所に雇用される通常の労働者に適用される制度を選択・記入してください。

・職務給制度とは、基本給の決定要素が専ら職務給である（職務・職種などの仕事の内容に基づき基本給が決定される）ものを指します。職務給に加え、職能給（経験年数・スキルなど）や年齢給を組み合わせている場合であっても、賃金の大半が職務給により決定されている場合は該当します。

・基本給が年齢や勤務年数・スキルなどを踏まえて決定されている場合は該当しません。

・基本給に上乗せされる職務手当とは異なります。

・職務に応じた賃金額の支給規程などがあるものに限りです。

**【復職制度】**

・復職制度とは、結婚、出産、介護、疾病、配偶者の転勤などによりいったん退職した場合に復職する（再雇用する）制度を指します。

・育児・介護などの休業後に職場復帰するのは該当しません。

**【就業規則】**

・同一の就業規則をフルタイムとパートタイムに適用する場合はそれぞれ「あり」を選択してください。

「**フルタイム**」：正社員のほか、正社員と同じ就業時間の従業員は、雇用形態や社内での呼称にかかわらずフルタイムになります。

「**パート**」：正社員より就業時間が短い従業員。

**【PRマーク等】**

取得しているPRマークを求人票などで表示できます。

※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。

就業場所情報1	就業場所名称	株式会社 ハローワークケア霞		
	〒	000 - 0124		
		〇〇県△△△市□□□3番地		
就業場所情報2	就業場所名称	-		
	〒	-		
	最寄り駅( )	-		

※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(できる限り組織共通のもの)をご記入ください。

Eメールアドレス: \_\_\_\_\_

**【就業場所情報】**

・事業所所在地のほかに、工場や支店、店舗など、最大20箇所まで就業場所として登録できます。

・あらかじめ就業場所情報を登録しておくことで、求人申込み時に登録情報を利用（転用）することができます。

・追加登録をご希望の場合は、続紙をご利用ください。

・「**就業場所名称**」は就業場所登録用の名称であり、求人票には掲載されません。

・「**所在地**」は、求職者が迷わないよう、ビル名、階数、部屋番号まで正確に記入してください。

・「**最寄り駅**」は、鉄道の路線名と最寄り駅を記入してください。バスの場合は、求人申込み時にご登録ください。

・記入した所在地をもとに地図ソフトにより地図を登録します。

**【求人者マイページ】について**

ハローワークインターネットサービス上に「**求人者マイページ**」を開設すると、会社のパソコンから、**求人申込み**（仮登録）や**内容変更**、**画像情報の登録・公開**、**選考結果**（採用・不採用）の登録（ハローワークへの連絡）、**求職情報検索**などのサービスをご利用いただけます。

求人者マイページの開設を希望される場合は、ログインアカウントとして使用する事業所のEメールアドレスを記入してください。サービス内容の詳細や開設手続きについては、窓口でご案内いたします。

# 事業所登録シート②（PR情報）の書き方

PR情報として、代表的な支店・営業所・工場等、福利厚生・研修制度、両立支援の内容、障害者に対する配慮に関する状況などをご登録いただきます（任意）。

登録した内容は、「求人票」には掲載されませんが、「求人・事業所PRシート」やハローワークインターネットサービス、ハローワーク内に設置されたパソコン（検索・登録用端末）を通じて公開されます。

## 事業所登録シート②(事業所PR情報)

受付年月日 令和 年 月 日

雇用保険適用事業所番号	5 2 0 1 - 1 2 3 4 5 6 - 8	事業所名	株式会社 ハローワークケア														
① 代表的な支店・営業所・工場等	1. わかばホーム 2. 霞ホーム 3.		箇所数 左記を含め 3 箇所														
② 年商	1. 平成 2. 令和 30 年 兆 億 8,000 万円 1. 平成 2. 令和 29 年 兆 億 7,800 万円 1. 平成 2. 令和 28 年 兆 億 5,000 万円																
③ 主要取引先	1: 株式会社 △△△△△ 2: 3:																
④ 関連会社	1: 株式会社 □□□□□□ 2: 3:																
⑤ 福利厚生の内容	・介護関係資格取得休暇制度 ・介護関係資格取得にかかる費用補助制度（〇〇%補助） ・永年勤続リフレッシュ休暇制度（5年ごと・連続1週間） (最大510文字)																
⑥ 研修制度の内容	・新人研修（入社後3週間、施設内にて法人理念～介護全般にかかる基礎的な内容） ・中堅社員研修（〇〇市の当社研修センターにおいて、入社3年以上の社員を対象として計画的に実施） ・その他、月1回、テーマを変えながら実践的な研修を実施 <input checked="" type="checkbox"/> 正社員以外も研修制度を利用可 (最大144文字)																
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。> ・育児目的休暇制度（小学校卒業まで） ・育児短時間勤務制度（小学校入学まで） ・介護休業制度（最長1年間まで利用可能） ・育児・介護離職者復職支援制度 (最大510文字)																
⑧ 障害者に対する配慮に関する状況	<table border="1"> <tr> <td>企業に籍型ジョブコーチの有無</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>エレベーターの有無</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>階段の手すり</td> <td>1. あり 両側 片側 2. なし</td> </tr> <tr> <td>バリアフリー対応トイレ</td> <td><input type="checkbox"/> オストメイト対応トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 車いす対応トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ</td> </tr> <tr> <td>建物内の車いす移動</td> <td>1. 可能 2. 不可</td> </tr> <tr> <td>点字設備の有無</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>休憩室の有無</td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> </table> 障害者に対する配慮したその他の施設・設備等: ・視覚障害に対応した拡大読書器、パソコンのスクリーンリーダー（画面読み上げソフト）及び点字ディスプレイを用意しています。 ・社員有志による手話講習会を定期的開催し、手話による意思疎通が可能な社員の育成に努めています。 (最大144文字) ※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。			企業に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 checked="" 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
企業に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 checked="" 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																

**【福利厚生の内容】**  
 独自の福利厚生制度について記入してください。  
 (例) 社員食堂、社内融資制度、法定以上の健康診断（人間ドック補助、メンタルヘルス）、余暇活動支援、制服の有無、休憩室の有無など

**【研修制度の内容】**  
 社内研修制度や資格取得の補助など、従業員向けの各種研修制度について記入してください。

**【両立支援の内容】**  
 育児や介護など家庭の都合や病気などの事情を抱えている方に対する勤務時間の調整や休暇の付与などの支援や配慮があれば記入してください。

**【障害者に対する配慮に関する状況】**  
 障害者専用求人（障害者に限定して募集する求人）の提出予定の有無にかかわらず、できる限り記入してください（障害者が応募する場合があります）。

# 事業所確認票（見本）

事業所情報の登録手続き後に「事業所確認票」をお渡しします。登録内容に誤りがないか、よくご確認ください。地図表示やPR情報は、求人申込み後にお渡しする「就業場所・選考場所の地図」「求人・事業所PRシート」でご確認ください。

登録した内容はいつでも変更可能ですので、お気軽にご相談ください。

## 事業所確認票

令和元年7月19日  
(1/2)

事業所番号	 5201-123456-8	登録年月日	令和元年5月18日
		産業分類コード	854 老人福祉・介護事業

### 企業基本情報

法人名	株式会社 ハローワークケア	設立年	昭和58年
本社所在地	〒111-0000 東京都千代田区〇〇〇1-X-X	資本金	3,000万円
		従業員数 (企業全体)	110人 (平成31年4月1日時点)
		法人番号	0000000000000

### 事業所基本情報

事業所名	カブシキカイシャ ハローワークケア 株式会社 ハローワークケア	電話番号	99-9999-9999
所在地	〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇1-X-X	FAX	99-9999-9990
		代表者名	ハルカゼ フキ 代表取締役 春風 吹

最寄り駅1	〇〇線△△ から徒歩 10分	雇用保険 適用事業所番号 (非該当の場合)	
最寄り駅2		労働者 派遣事業の 許可番号	
最寄り駅3			

### 事業所詳細情報

事業内容	介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）の運営
------	---

会社の特長	「ご利用者やご家族、地域の方に満足していただく」ため、「社員が活き活きと働けること」を大切にしています。現在、東京都内に〇施設を運営。子育て休暇等、福利厚生にも力を入れています。
-------	---

就労継続支援A型事業所	就労継続支援A型事業所でない	労働組合	あり	加入保険等	雇用あり 労災あり 公災なし 健康あり 厚生あり 財形なし その他	退職金共済	未加入
-------------	----------------	------	----	-------	---	-------	-----

従業員数	事業所 25人	うち女性 13人	うちパート 15人	退職金制度	あり 勤続3年以上
------	---------	----------	-----------	-------	-----------

企業年金		育児休業取得実績	あり	介護休業取得実績	あり	看護休暇取得実績	あり
------	--	----------	----	----------	----	----------	----

定年制	あり 一律 60歳
-----	-----------

再雇用制度の有無	あり	勤務延長の有無	なし	復職制度	あり 育児・介護離職者復職支援制度
----------	----	---------	----	------	----------------------

再雇用制度	上限年齢 65歳まで	勤務延長	上限年齢	適用される就業規則	フルタイム あり パート あり	PRロゴ等	ぐるみん
-------	------------	------	------	-----------	--------------------	-------	------

事業所に関する特記事項	再雇用制度については65歳までとなっていますが、再雇用終了後も、本人の希望を踏まえ、会社が認めた場合は継続雇用をすることがあります。	ホームページ	https://xxxx/xxxxx/xxxx/xx
-------------	--	--------	----------------------------

職務給制度	あり 社内独自の職務等級表を作成しており、職務（役割）に応じて基本給を決定しています。
-------	--

## 表面

## 裏面

## 業所確認票

令和元年7月19日  
(2/2)

代表店表地的・所等	3 箇所 1:株式会社 ハローワークケア霞 2:株式会社 ハローワークケア〇〇 3:株式会社 ハローワークケア△△
-----------	--

年間	平成30年 8,000万円	平成29年 7,800万円	平成28年 7,500万円
----	---------------	---------------	---------------

取引先	1: (株) 〇〇〇〇〇〇 2: (株) 〇〇〇〇 3:
-----	------------------------------------

関連会社	1: (株) 〇〇〇〇 2: 3:
------	-------------------------

両立支援の内容	・育児目的休暇制度（小学校卒業まで） ・育児短時間勤務制度（小学校入学まで） ・介護休業制度（最長1年間まで利用可能） ・育児・介護離職者復職支援制度
---------	--

研修制度	正社員以外の利用： 可 ・新人研修（入社後3週間、施設内にて法人理念～介護全般にかかる基礎的な内容） ・中堅社員研修（〇〇市の当社研修センターにおいて入社3年以上の社員を対象として計画的に実施） ・その他、月1回、テーマを変えながら実践的な研修を実施
------	--

### 事業所就業場所情報

株式会社 ハローワークケア霞	〒100-0000 東京都千代田区〇〇〇1-2-X
就業場所情報1	〇〇線〇〇 から車 10分
従業員数	22人（うち女性 12人）（うちパート 14人）

就業場所情報2	従業員数 人（うち女性 人）（うちパート 人）
---------	-------------------------

