

賃貸契約書等のおとり、ビル名、階数、部屋番号まで記載してください。都道府県から記載してください。

7 労働者派遣事業を行う事業所に関する事項

(ふりがな)		② 事業所の所在地	
① 事業所の名称		〒(7 3 1 - 0 1 0 3)	
かぶしがいいしゃ ひろしまろうどうきょく ひろしまじぎょうしょ		広島県広島市中区八丁堀5-7 広島KSビル4F	
株式会社 広島労働局 広島事業所		(082) 511-1066	
③ 特定製造業務への労働者派遣の実施の有無		有	
④ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等			
物の製造業務への派遣を行う場合は、「有」を「○」で囲んでください。			
(ふりがな)	職名	住所	製造業務専門派遣元責任者
氏名			キャリア・コンサルティングの担当者
みやじま たろう	総務課長	広島県福山市〇〇区〇丁目〇〇-〇〇 (居所：広島県広島市〇〇区〇丁目〇-〇)	○
宮島 太郎			○
派遣元責任者の選任基準(雇用管理経験3年以上等)を満たしている必要があります。住所は、住民票のおとり都道府県から記載してください。居所が異なる場合は()書きで居所も記載してください。			
⑤ キャリア・コンサルティングの担当者の氏名及び職名(④の者と同じ者の場合は記載を要しない)		⑥ 派遣元責任者の職務代行者の氏名及び職名	
(ふりがな)	職名	(ふりがな)	職名
氏名		氏名	
みやじま じろう	次長	みやじま もみじ	係長
宮島 次郎		宮島 紅葉	
⑧ 事業所枝番号(更新の申請時のみ記載)		※	
1			

(ふりがな)		② 事業所の所在地	
① 事業所の名称		() -	
③ 特定製造業務への労働者派遣		無	
④ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等			
同時に複数の事業所について申請を行う場合に記載してください。			
(ふりがな)	職名	住所	製造業務専門派遣元責任者
氏名			キャリア・コンサルティングの担当者
⑤ キャリア・コンサルティングの担当者の氏名及び職名(④の者と同じ者の場合は記載を要しない)		⑥ 派遣元責任者の職務代行者の氏名及び職名	
(ふりがな)	職名	(ふりがな)	職名
氏名		氏名	
⑧ 事業所枝番号(更新の申請時のみ記載)		※	

許可年月日及び許可番号を記載してください。

8 許可年月日	○年 ○月 ○日	9 許可番号	派34-300000
10 事業開始予定年月日	年 月 日		
11 その他			
申請担当者の氏名・連絡先・FAX番号を記載してください。			

労働者派遣事業計画書

労働者派遣事業を行う事業所の名称を記載してください。

I 計画事業所の概要

(ふりがな)		かぶしがいしゃ ひろしまろうどうきょく ひろしまじぎょうしょ	
1 事業所の名称	株式会社 広島労働局 広島事業所		
2 計画対象期間	令和4年12月1日 ~ 令和10年3月31日		
3 資産等の状況		許可有効期間末日を含む事業主の決算日までとなります。 例)R4. 12. 1許可有効期間更新日 3月決算の場合 許可有効期間 R4. 12. 1~R9. 11. 30 計画対象期間 R4. 12. 1~R10. 3. 31	
区分	価額(円)	営業権1,000,000円、繰延資産500,000円含む	
現金・預金	〇〇,〇〇〇,〇〇〇円		
土地・建物	〇,〇〇〇,〇〇〇円		
その他	〇,〇〇〇,〇〇〇円		
資産額(計)	〇〇,〇〇〇,〇〇〇円		
負債額(計)	〇,〇〇〇,〇〇〇円	法人の場合:直近の決算時における資産等の状況 個人事業主の場合:納税期末日における資産等の状況を記載してください。	
4 株主の状況			
氏名又は名称	所有株式数	割合(%)	
1 広島 一郎	200	40%	
2 広島 次郎	100	30%	
3 広島 三郎	100	30%	
4			
5			
その他の株主 (名)			
合計 (3名)	400	100%	
5 労働保険等の加入状況			
加入の有無について、該当する数字を「〇」で囲んで下さい。		未加入の場合の誓約(自署によること)	
① 労働保険等の加入状況	雇用保険	① 有 2 無	今後、加入義務が生じた場合に手続きを行います。
	健康保険	① 有 2 無	今後、加入義務が生じた場合に手続きを行います。
	厚生年金保険	① 有 2 無	今後、加入義務が生じた場合に手続きを行います。
② 労働保険番号	0000000000-000		
③ 雇用保険適用事業所番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇		
ア 当該事業所の派遣労働者数(人)	20人		
イ うち雇用保険の未加入派遣労働者数(人)	1人		
④ 事業所整理記号	〇〇〇〇〇		
⑤ 事業所番号	〇〇〇〇		
ア 当該事業所の派遣労働者数(人)	20人		
イ うち健康保険の未加入派遣労働者数(人)	1人		
ウ うち厚生年金保険の未加入派遣労働者数(人)	1人		
6 民営職業紹介事業との兼業の有無	① 有 2 同時申請・申請中 3 無	許可番号・届出番号	34-ユ-〇〇〇〇〇〇
7 請負事業との兼業の有無	① 有 2 無	うち構内請負の実施	① 有 2 無
8 事業所の面積(m ²)	85.00m ²		
9 備考			
6・7欄は派遣を行う事業所の状況です。		製造業に分類される事業者であって、構内請負(発注者の事業所構内において自社の雇用する労働者を使用し、生産活動を請け負うこと)を実施している場合は、「うち構内請負の実施」の「1」を「〇」で囲んでください。	

II 労働者派遣計画

登録制度とは、登録されている者の中から労働者を期間を定めて雇用し労働者派遣をする制度のことです。

2欄は計画対象期間中、派遣労働者として雇用していることが予定される1日当たりの平均数を記載してください。

1 登録制度の実施	1 有	2 無
-----------	-----	-----

2 派遣労働者として雇用すること等が予定される1日当たり平均人数

	計	うち1年以上の雇用予定の者	うち1年未満の雇用予定の者	登録者
①派遣労働者総数計 (人)	20	15	5	10
②無期雇用派遣労働者 (人)	10	—	—	—
③有期雇用派遣労働者 (人)	10	5	5	10
④日雇派遣労働者 (人)	0	0	0	0

3 労働者派遣の役務の提供を受ける者の確保の対象地域

広島県、岡山県、山口県	派遣先の地域を記載してください。	派遣事業関係業務に従事する者の指揮命令系統及び派遣元責任者・職務代行者の地位を記載してください。
-------------	------------------	--

4 指揮命令の系統

職業分類番号は必ず中分類(2ケタ)で記載してください。最新の総務省・日本標準職業分類 参照		代表取締役 - 総務課長 (派遣元責任者) - 係長 (職務代行者) - 派遣労働者登録者		
業所の平均的な料金及び派遣業務別の料金の額		①-②		上記2欄にて登録者がいない場合、派遣労働者のみ記載してください。
		①平均的な1人1日(8時間)当たりの派遣料金	②平均的な1人1日(8時間)当たりの賃金	③その他
全派遣業務平均		〇〇, 〇〇〇円	〇〇, 〇〇〇円	〇, 〇〇〇円
職業分類番号	派遣業務内容			
10	システム設計業務	〇〇, 〇〇〇円	〇〇, 〇〇〇円	〇, 〇〇〇円
25	一般事務	〇〇, 〇〇〇円	〇〇, 〇〇〇円	〇, 〇〇〇円
		④・⑤は1人1日(8時間)当たりの事業主負担額を記載してください。		
			④労働保険料(事業主負担分)	⑤社会保険料(事業主負担分)
業務内容は具体的に記載してください。			〇〇〇円	〇, 〇〇〇円

6 労働安全衛生法第59条の規定に基づく安全衛生教育

	教育の内容及び当該内容に係る労働安全衛生法又は労働安全衛生規則の該当番号	教育の内容	教育の方法の別 1 座学 2 実技	教育の実施主体の別 1 事業主・2 派遣先・3 教育機関・4 その他	1人当たりの平均実施時間
①	3	作業手順訓練	2	1	1
②	5	腰痛防止訓練	1	1	1
③	6	整理、整頓、清掃、清潔訓練	1	2	1
④	7	危険予測訓練	1	2	2
⑤	8	災害防止訓練	1	2	2

派遣先における就業内容(予定も含む)に合わせて実施する安全衛生教育について記載してください。

【労働安全衛生法第59条第1項、労働安全衛生規則第35条】

- 1 機械等、原材料等の危険性又は有害性及びこれらの取扱い方法に関する事
- 2 安全装置、有害物抑制装置又は保護具の性能及びこれらの取扱い方法に関する事
- 3 作業手順に関する事
- 4 作業開始時の点検に関する事
- 5 当該業務に関して発生するおそれのある疾病の原因及び予防に関する事
- 6 整理、整頓及び清潔の保持に関する事
- 7 事故時等における応急措置及び退避に関する事
- 8 前各号に掲げるもののほか、当該業務に関する安全又は衛生のために必要な事項

5号から8号については、全ての業種で実施すべきものとされています。

【法第59条第2項】

9 労働者の作業内容変更を変更したとき

【法第59条第3項】

10 危険有害業務に関する安全又は衛生のための特別の教育

1号~4号の雇い入れ時労働安全衛生教育を省略できない業種

◎ 林業、鉱業、建設業、運送業及び清掃業

◎ 製造業(物の加工業を含む)、電気業、ガス業、熱供給業、水道業、通信業、各種商品御売業、家具・建具・じゅう器等卸売業、各種商品小売業、家具・建具・じゅう器小売業、燃料小売業、旅館業、ゴルフ場業、自動車整備業及び機械修理業

7 その他

①	コン
②	
③	

8 6及

派遣元事務所：机〇台・椅子〇脚・パソコン〇台・キャビネット〇台 責任者：代表取締役 広島 一郎

9 海外派遣の予定の有無

	1 有	2 無
--	-----	-----

キャリア形成支援制度に関する計画書

1 キャリア・コンサルティングの担当者の人数

厚生労働大臣又は厚生労働大臣が指定する者が行う試験の合格者	計	うち社内の者	うち社外の者	うち派遣元責任者との兼任状況	キャリア・コンサルティングに関する具体的な職務経験又はその有する知見 (具体的に記載すること) 2級キャリアコンサルティング技能士 4年間の人事経験あり
	計	1		1	
	キャリア・コンサルタント	1	1		
	上記以外の担当者	1	1		
	営業職	0	0		
その他	1	1			

どのような知見や職務経験を有しているかについて「職業能力開発推進者〇年目」「人事経験〇年」など具体的に記載してください。

2 キャリア・コンサルティング窓口

窓口の開設方法	キャリア・コンサルティングに関する知見を有する者(実務に従事していた者や類似した民間資格を有する者等)については、「上記以外の担当者」の「その他」に記載してください。	キャリア・コンサルティングに関するマニュアル等の有無
1 事務所内に設置・2 電話での相談窓口の設置・3 e-mailでの専用窓口の設置・4 専用WEBサイトの設置・5 その他	1 社場所・2 特定の場所・3 派遣先の不特定の場所・4 社外・5 その他	1 有 2 無
1	1	

「1有」の場合は、マニュアル又はマニュアルの概要を参考資料として添付してください。

4 キャリアアップに資する教育訓練

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	1人当たり年間平均実施時間				訓練の方法の別 1 OJT 2 OFF-JT	訓練費負担の別 1 無償(実費負担なし) 2 無償(実費負担あり) 3 有償	賃金支給の別 1 有給(無給部分なし) 2 有給(無給部分あり) 3 無給				
							1年目	2年目	3年目	4年目以降							
1	新規採用者訓練	1	〇〇〇	20	〇時間	〇時間	〇時間	〇時間	2	1	1						
2	技能訓練	2	〇〇〇	15	〇時間	〇時間	〇時間	〇時間	2	1	1						
4	リーダー就任研修	4	〇〇〇	15	〇時間	〇時間	〇時間	〇時間	2	1	1						
合計欄は、「訓練費負担の別」が「1 無償(実費負担なし)」であり、「賃金支給の別」が「1 有給(無給部分なし)」であるもののみを計上してください。												※キャリアアップに資する教育訓練については、リーフレット及び別紙「整理用シート」をご活用ください。 【様式第3号-2(第2面)の記載要領を参照】					
1人当たりの平均実施予定時間の合計(「訓練費負担の別」が「1 無償(実費負担なし)」であり、「賃金支給の別」が「1 有給(無給部分なし)」であるもののみ合計可。)												〇時間	〇時間	〇時間	〇時間		
「キャリアアップに資する教育訓練」実施にあたって支払う賃金額(1人1時間当たり平均)												〇, 〇〇〇円					
備考																	

※ 1人当たりの平均実施予定時間が、年間概ね8時間に満たない場合、備考欄にその具体的な理由を記載すること

具体的に記載してください。

5 上記教育訓練が、キャリアアップに資すると考える理由

(例) 派遣労働者の採用後、役職・段階があがるタイミングにおいて、キャリアパスに応じた上記教育訓練を設けており、職務遂行能力や専門的・総合的な能力を高め、派遣労働者のキャリアアップに資することを念頭においている。

無期雇用派遣労働者への中長期的なキャリア形成を考慮に入れた教育訓練の実施 有

無期雇用派遣労働者を雇用する事業主においては、4欄に記載した教育訓練に「無期雇用派遣労働者への中長期的なキャリア形成を考慮に入れた訓練」がある場合は「1」を「〇」で囲んでください。

上記6の実施にあたってどのようなことを考慮しているのかを具体的に記載してください。

(例) 長期的に派遣就業することを念頭に、段階的な能力取得を前提とした、中長期的なキャリア形成を考慮に入れた研修を提供することとしている。

8 派遣労働者のキャリアアップ措置に係る教育訓練に用いる施設、設備等の概要

具体的に記載してください。

※ 様式第3号の8欄と異なる場合のみ記載すること

9 教育訓練等の情報を管理した資料の保存期間が労働契約終了後3年間以上あること 有 2 無

10 備考

※労働局記載欄

【参考】計画書の策定のための整理シート

教育訓練計画は「キャリア形成支援制度に関する計画書（様式第3号-2）」を用いて策定していただきます。策定にあたっては、以下のようなシートを利用して整理することで、派遣元事業主の皆様ご自身においても考え方が明確となりますので、計画策定の際には積極的にご活用ください。また、本シートを計画書と合わせて申請の際にご提出いただくことにより、都道府県労働局への説明もしやすくなります。

《キャリアアップに資する教育訓練（整理用シート）（記載例）》

キャリアアップに資する教育訓練（整理用シート）		派遣業務内容						
		〇〇製造業務						
		派遣業務の具体的な内容						
		●×の〇を切削・加工し、△△する業務（主に××業界・△△業界が多い）						
	入職時～1年目	2年目	3年目	4年目以降				
(1)必要とされる共通のキャリアパス（求める人材要件）	職務手引書（マニュアル、職場ルール）従って、正確に作業ができる。	作業の基本を理解し、後輩に教えることができる。	職場の課題を発見し、改善提案を行うことができる。	職場の責任者として部下をマネジメントし、業務を円滑に進めることができる。				
(2)(1)に必要なスキル、資質等	〇〇の知識習得、〇〇能力	〇〇能力、 〇〇検定2級レベル	〇〇能力、〇〇資質の向上	〇〇能力、〇×技術の習得				
(3)教育訓練内容（上段：様式3号-2具体的な教育訓練、中段：上段の内容のわかる事項、下段：訓練計画時間）	①	〇×研修	③	〇〇研修	〇△研修	⑥	×〇研修	
	〇〇の位置づけ、〇〇手順		〇×の技能習得		〇〇時間			
	②		△△研修	④		〇×△△		
	〇〇の取扱い、××の知識習得		〇×検定合格により〇〇の技能習得		〇〇時間			〇〇時間
<p>・様式3号-2 4「キャリアアップに資する教育訓練」欄の具体的な教育訓練の内容を簡潔にまとめて記入してください。</p> <p>・下段の時間は、計画している訓練の時間を派遣業務内容別に記入してください。</p>								
<p>・派遣業務の具体的な内容と、(1)の教育訓練内容がどのように関連性があり、派遣労働者のキャリアアップにどのような効果があるのかを記載してください。</p>								
(4)期待される教育訓練の効果／到達すべき知識／技量レベル／キャリアアップにつながる理由	〇〇をすることで、〇〇することができる。また、そこで得た●△の知識や〇〇の能力を習得できる。	××をすることで、〇〇することができる。また、そこで得た●△の知識や〇〇の能力を習得できる。	△△をすることで、〇〇することができる。また、そこで得た●△の知識や〇〇の能力を習得できる。	〇×をすることで、〇〇することができる。また、そこで得た●△の知識や〇〇の能力を習得できる。				

様式第3号-3(第1面)については、雇用保険等の未加入者がいる場合のみ提出してください。

(日本産業規格A列4)

様式第3号-3(第1面)

雇用保険等の被保険者資格取得の状況報告書

提出年月日を記載してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

雇用保険等の被保険者資格取得の状況について、下記のとおり報告します。

(ふりがな)	かぶしきがいしゃ ひろしまろうどうきょく ひろしまじぎょうしょ
1 事業所の名称	株式会社 広島労働局 広島事業所

【雇用保険】

2 適用事業所番号	0000000000-000	3 派遣労働者のうち、未加入者数	〇人
4 未加入者の氏名及び未加入の理由			
氏名	未加入の理由は以下①~④より選択	④ その他」を選択した場合に具体的な理由を記載	
〇〇 〇〇	①	雇用保険の未加入者がいる場合は、下記の【雇用保険の未加入の理由】より番号を選択し、「④その他」の場合には具体的な理由を記載してください。	
〇〇 〇〇	②		
〇〇 〇〇	③		

【雇用保険の未加入の理由】

- ① 1週間の所定労働時間が20時間未満である者
- ② 同一の事業主の適用事業に継続して31日以上雇用されることが見込まれない者
- ③ 昼間学生（労働者派遣法施行令第4条第2項第2号に掲げる者をいう。）
- ④ その他

【健康保険・厚生年金保険】

5 事業所整理記号	△□〇☆	6 派遣労働者のうち、未加入者数	健康保険	〇人
事業所番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇		厚生年金	〇人
7 未加入者の氏名及び未加入の理由				
氏名	種類	未加入の理由は以下①~③より選択	①を選択した場合に(ア)~(エ)の該当する項目を全て記載 ③ その他」を選択した場合に具体的な理由を記載	
〇〇 〇〇	健康保険	①	(ア)	
	厚生年金	①	(ア)	
〇〇 〇〇	健康保険	②	健康保険・厚生年金保険の未加入者がいる場合は、下記の【健康保険・厚生年金保険の未加入の理由】より番号を選択し、「③その他」の場合には具体的な理由を記載してください。	
	厚生年金	②		
〇〇 〇〇	健康保険	①	(ウ)	
	厚生年金	①	(ウ)	
	健康保険			
	厚生年金			
	健康保険			
	厚生年金			

【健康保険・厚生年金保険の未加入の理由】

- ① 1週間の所定労働時間又は1月間の所定労働日数が通常の労働者の4分の3未満の短時間労働者であって、次の(ア)~(エ)のうちいずれかに該当する者
 - (ア) 1週間の所定労働時間が20時間未満であること
 - (イ) 賃金の月額が8.8万円未満であること
 - (ウ) 学生であること
 - (エ) 被保険者が常時100人以下であり、任意特定適用事業所の申出がなされていない事業所に使用されていること
- ② 2か月以内の期間を定めて使用される者であって、当該定めた期間を超えて使用されることが見込まれないもの
- ③ その他