

事業所新設

※ 再交付年月日 年 月 日
書換

許可証再交付申請書 労働者派遣事業変更届出書 労働者派遣事業変更届出書及び許可証書換申請書

提出日を記載

※届出にあたっては、資産要件等の確認が必要ですので事前にご相談ください。ただし、届出は、新設後となります。

年 月 日

申請者 株式会社〇〇商事
届出者 代表取締役〇〇 〇〇

- 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第8条第3項の規定により下記のとおり許可証の再交付を申請します。
- 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第11条第1項の規定により下記のとおり届出ます。
- 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第11条第4項の規定により下記のとおり許可証の書換えを申請します。
- 届出者（法人にあっては役員を含む。）（届出者が未成年の場合、その法定代理人をいう。）については、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第6条各号（第3号を除く。個人にあっては第3号及び第11号を除く。）のいずれにも該当しないこと並びに届出者が精神の機能の障害により認知、判断又は意思疎通を適切に行うことができないおそれがある者である場合には該当する全ての者の精神の機能の障害に関する医師の診断書が添付されていることを誓約します。
- 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第36条の規定により選任する派遣元責任者については、同法第6条第1号、第2号及び第4号から第9号までのいずれにも該当しないこと、未成年者に該当しないこと、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行規則第29条の2第1号に規定する基準に適合すること並びに派遣元責任者が精神の機能の障害により認知、判断又は意思疎通を適切に行うことができないおそれがある者である場合には該当する全ての者の精神の機能の障害に関する医師の診断書が添付されていることを誓約します。

記

1 許可番号	派14-〇〇〇〇〇〇	2 許可年月日	令和〇〇年 〇 月 〇 日
3 (ふりがな) 氏名又は名称	〇〇〇〇かぶしきがいしゃ 〇〇株式会社		
4 住所	〒 (231-0015) 神奈川県横浜市中区尾上町〇丁目〇番地〇号 (045) 〇〇〇-〇〇〇〇		
5 (ふりがな) 代表者の氏名 (法人の場合)	だいひょうとりしまりやく 〇〇〇〇 〇〇〇〇 代表取締役〇〇 〇〇		
6 (ふりがな) 事業所の名称			
7 事業所の所在地	〒 ()		
※			

6・7欄の記載は不要です。

収入印紙
(消印しては
ならない。)

収入印紙の貼付は不要です。

8 変更の内容									
変更に係る事項	変更後				変更前				変更年月日
① (ふりがな) 氏名又は名称									年 月 日
② 住 所									年 月 日
③ 代表者の氏名 (法人の場合)									年 月 日
④ 役員の氏名及び住所 (法人の場合)	(ふりがな)				(ふりがな)				年 月 日
	氏 名				氏 名				
	住 所				住 所				
⑤ (ふりがな) 事業所の名称									年 年 日
⑥ 事業所の所在地									年 月 日
⑦ 特定製造業務への 労働者派遣	開始年月日		年 月 日		終了年月日		年 月 日		
⑧ 派遣元責任者の氏名、住所等	(ふりがな)			製造業 務専門	(ふりがな)			製造業 務専門	○
	氏 名			キャリ ア担 当 者	氏 名			キャリ ア担 当 者	
	住 所				住 所				年 月 日
	備 考				備 考				
⑨ 労働者派遣事業を行う事業所の新設									
イ 事業開始年月日					令和〇〇年〇〇月 〇日				
ロ (ふりがな) 事業所の名称	〇〇〇〇かぶしきがしゃ 相模原営業所								
ハ 事業所の所在地	〒 (252-0201) 神奈川県相模原市中央区上矢部〇丁目〇-〇 △△ビル3階 (042) 〇〇〇-〇〇〇〇								
ニ 特定製造業務への労働者派遣の実施の有無					1 有		2 無		

ホ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等					
(ふりがな)	職名	住所	製造業 務専門	キャリア 担当者	備考
氏名					
〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	所長	神奈川県横浜市港北区日吉〇丁目〇番地〇号 ハイッ△△101号室			令和〇〇年〇月〇日派遣元責任者受講
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 派遣元責任者が ・製造業専門の派遣元責任者 ・キャリアコンサルタントの担当 として選任する場合には「〇印」を記載してください。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 派遣元責任者受講日を 記載してください。 </div>					
ヘ キャリアコンサルティングの担当者の氏名及び職名 (ホと同じ者の場合は記載を要しない)					
(ふりがな)			職名	備考	
氏名					
※					
⑩ 労働者派遣事業を行う事業所の廃止					
(ふりがな)	事業所の名称				
イ					
ロ 事業所の所在地	() -				
ハ 廃止年月日					
ニ 事業所の廃止理由					
※					
9 再交付を申請する理由					
※					
10 備考	申請担当：〇〇課 役職 〇〇課長 〇〇〇〇 電話番号045 (〇〇〇) 〇〇〇〇 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 申請者のお名前と連絡先 を記載してください。 </div>				