

追加登録様式（事業所台帳用）

事業所番号：1502-

「選択・記入欄」にご記入ください。  
欄のスペースが不足する場合は別紙に記載いただいても構いません。

	項目	記入内容	選択・記入欄
1	法人名	(60文字以内で記載)	
2	代表者名（フリガナ）	(15文字以内で記載)	
3	代表者氏名	未登録の場合(15文字以内で記載)	
4	代表者役職	(15文字以内で記載)	
5	事業所所在地の郵便番号		〒          —
6	事業所所在地—最寄り駅までの交通手段、所要時間（就業場所や選考場所が「事業所所在地と同じ」場合で、かつ最寄り駅・バス停を登録している場合）	(最寄り駅・バス停までの交通手段・所要時間を記載)	最寄り駅（                                  駅・バス停）から〔徒歩・車〕で（          分）
7	事業所所在地の地図表示 (地図ソフトを活用し表示します)	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 窓口で地図上の正確な位置を確認のうえ、ピンマーク表示する。 <input type="checkbox"/> 窓口での確認を行わずハローワークに一任（ピンマーク表示しない）
8	定年制	未登録の場合(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり（一律定年制： <input type="checkbox"/> あり          歳） <input type="checkbox"/> なし
	→定年後の再雇用制度	未登録の場合(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり（上限年齢：          歳まで） <input type="checkbox"/> なし
	→定年後の勤務延長	未登録の場合(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり（上限年齢：          歳まで） <input type="checkbox"/> なし
9	適用事業所になっている保険等	未登録の場合(該当するものを選択。その他は6文字以内に記載)	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 公務災害補償 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 財形 <input type="checkbox"/> その他（                                  ）
10	退職金共済	未登録の場合(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
11	退職金制度	未登録の場合(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり（勤続年数： <input type="checkbox"/> 不問 <input type="checkbox"/> 必要（          年以上）） <input type="checkbox"/> なし

12	(事業所として)昇給制度の有無	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
13	(事業所として)賞与制度の有無	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
14	職務給制度	(いずれかを選択。ありの場合は90文字以内で記載)	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
15	育児休業取得実績	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当者なし
16	介護休業取得実績	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当者なし
17	看護休暇取得実績	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 該当者なし
18	復職制度	(いずれかを選択。ありの場合は90文字以内で記載)	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
19	会社の特長	未登録の場合(90文字以内で記載)	
20	PRロゴ等	PRロゴ等を登録している場合(いずれかを4つまで選択)	<input type="checkbox"/> くるみん <input type="checkbox"/> プラチナくるみん <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・2・3段階目)
21	本社所在地	事業所所在地と異なる場合(住所を記載)	〒 -
22	労働者派遣事業の許可有無、許可番号	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり(許可番号 ) <input type="checkbox"/> なし

事業所PR情報（以下任意です）

23	代表的な支店・営業所・工場等	(代表的な支店・営業所・工場等及び箇所数を記載)	1. 2. 3.	左記を含め	箇所
24	年商	(過去3年間の事業所の年商額を記載)	1. <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 兆 億 万円 2. <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 兆 億 万円 3. <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 兆 億 万円		
25	主要取引先	(事業所の主要取引先を記載)	1. 2. 3.		
26	関連会社	(事業所の関連会社を記載)	1. 2. 3.		
27	福利厚生の内容	(510文字以内で記載)			
28	研修制度の内容	(144文字以内で記載。正社員以外も利用可能な場合は選択)	<input type="checkbox"/> 正社員以外も研修制度を利用可		
29	両立支援の内容	(510文字以内で記載)			
30	障害者に対する配慮に関する状況（企業 在籍型ジョブコーチの有無）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
31	障害者に対する配慮に関する状況（エレ ベーター）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
32	障害者に対する配慮に関する状況（階段 の手すり）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 両側・ <input type="checkbox"/> 片側） <input type="checkbox"/> なし		
33	障害者に対する配慮に関する状況（バリ アフリー対応トイレ）	(該当するものを選択)	<input type="checkbox"/> オストメイト対応トイレ <input type="checkbox"/> 車いす対応トイレ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ		
34	障害者に対する配慮に関する状況（建物 内の車いす移動）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可		
35	障害者に対する配慮に関する状況（点字 設備）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
36	障害者に対する配慮に関する状況（休憩 室）	(いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
37	障害者に対する配慮に関する状況（その 他の施設・設備等）	(144文字以内で記載)			