

様式第5号 (第1面)

提出期限: 紛失後10日以内

※ 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~~

年 月 日

厚生労働大臣 殿

法人の場合は、  
法人の名称及び代表者の氏名を記載



申請者

届出者を抹消 → ~~届出者~~

- 1 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。
- ~~2 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け出ます。~~
- ~~3 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。~~
- ~~4 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。~~
- ~~5 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。~~

2から5までの全文を抹消

記

1 許可番号		2 許可年月日	年 月 日
3 (ふりがな) 氏名又は名称	}	法人の登記簿謄本記載の名称、住所を記載	
4 住所			
5 (ふりがな) 代表者の氏名 (法人の場合)			
6 (ふりがな) 事業所の名称		許可証の再交付を申請する事業所の名称・所在地を記載 所在地は「ビル名、階数」まで記載	
7 事業所の所在地			
※			

収入印紙  
(消印してはならない。)

収入印紙は貼付せずにご持参下さい。  
[1, 500円×再交付を申請する許可証の枚数]

8 変更の内容		8 欄は記載しない			
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 (ふりがな) 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 月 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)			(ふりがな)	年 月 日
	氏名	製造業務専門 キャリア担当者		氏名	
	住所			住所	
	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			年 月 日		
ロ (ふりがな) 事業所の名称					
ハ 事業所の所在地	〒 ( ) ( ) -				
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					
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)					
イ 事業所の名称					
ロ 事業所の所在地	〒 ( ) ( ) -				
ハ 廃止年月日	年 月 日				
ニ 事業所の廃止理由					
※					
9 再交付を申請する理由	理由を具体的に記載				
※					
10 備考					