

雇用保険 適用事業 所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					事業所名	

① 代表的な 支店・ 営業所・ 工場等	1.	箇所数	左記を含め	箇所
	2.			
	3.			

② 年商	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円
	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円
	1. 平成	2. 令和	年	兆	億	万円

③ 主要 取引先	1:
	2:
	3:

④ 関連会社	1:
	2:
	3:

⑤ 福利厚生 の内容		(最大510文字)
------------------	--	-----------

⑥ 研修制度 の内容		(最大144文字)
<input type="checkbox"/> 正社員以外も研修制度を利用可		

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。>>	(最大510文字)
------------------	---	-----------

⑧ 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	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 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
	障害者に配慮したその他の施設・設備等: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
(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。