

派遣元管理台帳【記載例】

⇒製造業務の場合は製造業務専門派遣先・元責任者

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| 派遣労働者氏名                   | ◇◇ ◇◇  |  |
| 性別                        | ①男 ・ 女   |  |
| 社会保険・雇用保険の被保険者資格取得届の提出の有無 | 健康保険 ①有 ・ 無 厚生年金保険 ①有 ・ 無 雇用保険 ①有 ・ 無<br>※適用基準を満たしていない具体的な理由又は手続きの具体的な状況を記載すること<br>例：1週間の所定労働時間が20時間未満のため。雇用保険は11月10日届出予定。   |  |
| 派遣先名称                     | 株式会社△△産業   |  |
| 派遣先事業所名称及び所在地             | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口県山口市緑町〇〇〇〇番地<br>株式会社△△産業 山口事業所 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   |  |
| 派遣就業場所                    | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 山口県防府市浜方〇〇〇〇番地<br>株式会社△△産業 山口事業所 防府工場 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  |  |
| 組織単位                      | 〇〇製造課  |  |
| 派遣先責任者                    | 総務課 ▲▲ ▲▲ TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  |  |
| 派遣元責任者                    | 営業 ●● ●● TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   |  |
| 業務内容                      | 〇〇〇機器部品の治工具を使用した組立、簡易検査装置を使用した検査、材料の運搬・投入、端末を使用したデータ入力及び書類作成並びにそれらに付随する業務<br>(この業務は、令第4条第1項の〇号業務に該当する。) ※ ( )内は日雇業務の場合に記載  |  |
| 派遣労働者が従事する業務に伴う責任の程度      | 副リーダー(部下〇名、リーダー不在の間における緊急対応が週1回程度有)<br>※従事する業務に伴って行使するものとして付与されている権限の範囲・程度等をいうこと。<br>※役職を有する派遣労働者であればその具体的な役職を、役職を有さない派遣労働者であればその旨を記載することで足りるが、派遣元事業主と派遣先との間で、派遣労働者が従事する業務に伴う責任の程度について共通認識を持つことができるよう、より具体的に記載することが望ましい。 |  |
| 派遣期間                      | 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日  |  |
| 派遣可能期間の制限に抵触する日           | 令和〇年〇月〇日   | ※期間制限のない労働者の場合は不要  |
| 労使協定方式の対象派遣労働者であるか否かの別    | 「労使協定方式の対象派遣労働者である」<br>「労使協定方式の対象派遣労働者ではない」 ※いずれか記載  |  |
| 雇用期間                      | 無期雇用 ・ ①有期雇用(令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日)  |  |
| 60歳以上か否かの別                | ①60歳未満 ・ 60歳以上   |  |
| 期間制限のない労働者派遣に関する事項        | ※以下、該当する場合に記載すること。<br>・有期プロジェクトの業務に該当<br>・日数限定業務に該当、1か月に行われる日数〇日、派遣先の通常の労働者の月間所定労働日数〇日<br>・育児休業代替要員に該当、休業する労働者の氏名〇〇〇〇、業務( )<br>休業予定日 〇月〇日～〇月〇日<br>・介護休業代替要員に該当、休業する労働者の氏名〇〇〇〇、業務( )<br>休業予定日 〇月〇日～〇月〇日                   |  |
| 就業日                       | 月～金(別途工場カレンダーに準ずる)   |  |
| 就業時間                      | 8時30分から17時00分まで(休憩時間60分)   |  |
| 時間外労働                     | ①有(1日 3時間/1か月 30時間/1年 360時間の範囲内) ・ 無   |  |
| 就業日外労働                    | ①有(1か月 2日以内) ・ 無 【業務取扱要領】  |  |
| 就業状況                      | 別紙の通り(末締タイムシートにて管理)  |  |
| 苦情・相談処理                   | 受付年月日  | 完了 苦情内容および処理状況   |
|                           | RO.〇.〇   | 〇 食堂利用できないとの申し出あり。事実確認を行い、他の労働者と同様に利用できるよう措置。派遣労働者に対し、その旨を説明し承済。 |
| 教育訓練の日時・内容                | RO.〇.〇 業務PCの実務研修(取扱マニュアルを使用) 3H 派遣先〇JT   |  |
| キャリアコンサルティングの日及び内容        |  |  |
| 希望する雇用安定措置の内容             | RO.〇.〇 派遣先への直接雇用の依頼を希望(雇用形態:正社員)   |  |
| 雇用安定措置の内容                 | ① 派遣先への直接雇用の依頼<br>依頼日時、方法 令和〇年〇月〇日 文書により依頼<br>派遣先の回答日時、内容 令和〇年〇月〇日 受入可(雇用形態:正社員)<br>② 他の派遣先の紹介<br>③ 期間を定めない雇用の機会の確保<br>④ その他   |  |
| 紹介予定派遣に関する項目              | ①紹介予定派遣である旨<br>②派遣労働者を特定することを目的とする行為を行った場合には、当該行為の内容及び、複数人から派遣労働者の特定を行った場合には当該特定の際の基準<br>③採否結果<br>④職業紹介を受けることを要しなかった場合又は職業紹介を受けた者を雇用しなかった場合には、その理由<br>※紹介予定派遣に係る契約の場合に記載   |  |

【保存期間:労働者派遣の終了の日から3年間】