厚生労働省　地域雇用活性化推進事業

**伴走型支援事業者　参加申込書**

令和　　年　　月　　日

釧路北部地域雇用創造協議会　御中

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  |  |
| 代表者  役職・氏名 |  | 印 |

１　事業所概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 担当者 | 部署・役職 |  | | 氏　名 |  | | |
| 担当者連絡先 | 電　　話 |  | | FAX |  | | |
| Eメール |  | | | | | |
| ホームページ | http | | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | | |
| 従業員数 | 常時雇用 | 人 | | 臨時雇用 | 人 | | |
| 昨年度  採用実績 | 新卒採用  (定期採用) | 人 | 中途採用 | 人 | 中  途  内  訳 | 常時雇用 | 人 |
| 臨時雇用 | 人 |
| 申し込み動機  (理由等) |  | | | | | | |
| 当支援利用後の  新たな雇用 | 当支援をご利用後、新たな雇用について該当するものに○を付けてください。  ・雇用の予定あり　　　・検討中　　　・雇用の予定なし  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

２　現在の事業内容等について

|  |  |
| --- | --- |
| 創業年月 | 年　　　　　月 |
| 現在取り扱い中の  主な商品等 | * 貴社が取り扱っている主な商品やサービス等をご記入ください。別紙添付可。 |
| 伴走型支援を  希望する商品等 | * 貴社が伴走型支援を希望する商品やサービス等をご記入ください。 |
| 当該支援事業に  期待していること | * 具体的にご記入ください。 |
| 備　考 | * 上記項目以外に申告することがあれば、ご自由にご記入ください。 |