

様式第15号の2

事業所一覧(変更)届(副)事業主控

平成 年 月 日

雇用・能力開発機構

センター所長 殿

申請事業主 所在地
(フリガナ)
名称
(フリガナ)
代表者氏名
(フリガナ)
代理人氏名

当社の事業所(予定を含む)は以下のとおりです。

名称	所在地	雇用保険適用 事業所番号	代表者の役 職及び氏名	電話番号
	〒			
	〒			
	〒			
	〒			
	〒			
	〒			

- (注) 1 適用予定の場合は、欄に適用予定時期を記入して下さい。
- 2 主たる事務所(通常、本社をいう。)を申請事業主とし、その他の事業所全てについて記入して下さい。
- 3 新分野進出等基盤人材確保実施計画認定申請書に添付する場合には、申請事業主の企業(対象労働者を雇い入れる企業)が、分社化等(他の企業が自らの事業全部又は一部を継続して実施しつつ、新たに設立した企業)により設立された企業の場合は、申請事業主の企業を設立した企業及び前記の申請書の提出日の6ヶ月前の日以後当該設立元企業が設立したすべての事業所について記入して下さい。