

労働者派遣事業更新申請【記載例】

※ 許可番号	
※ 許可有効期間更新	年月日 年 月 日

労働者派遣事業 ~~許可~~ 更新申請書

「許可」の文字を抹消してください。

〇〇 年 〇 月 〇 日

厚生労働大臣 殿

下記文中の「第5条第1項」「許可」の文字を抹消してください。

申請者 〇〇株式会社  
代表取締役 〇〇

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5条第1項~~ 第10条第2項 の規定により、下記のとおり

~~許可~~ を申請します。  
許可有効期間更新

申請者（法人にあっては役員を含む。）（申請者が未成年の場合、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申請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。

また、同法第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。

記

1 氏名又は名称	〇〇かぶしきがいしゃ 〇〇株式会社			法人の登記事項証明書(登記簿謄本)に記載されている所在地を都道府県から記載してください。
2 住所	〒( 460-0003 ) 愛知県名古屋市中区錦〇丁目〇番地〇 ( 052 ) 219 - 〇〇〇			申請日の属する月の前月末日に雇用している全労働者数を記載してください。
3 大企業、中小企業の別	1 大企業	<input checked="" type="radio"/> 2 中小企業	4 全労働者数	100
5 産業分類(細分類)	名称	受託開発ソフトウェア業	分類番号	3911
6 役員(中小企業法第2条第1項による中小企業者または第5項による小規模企業者は[2]に〇を、それ以外は、[1]に〇をつけてください。)	日本標準産業分類(細分類)に基づき記載してください。また、分類番号は「4ケタ」にて記載してください。			
代表者	6欄「役員(氏名、役名及び住所)」は、許可有効期間更新申請においては記載不要です。			
収入印紙は貼付せずにお持ちください。				

収入印紙  
(消印してはならない。)

7 労働者派遣事業を行う事業所に関する事項

ビル名、階数、部屋番号まで記載してください。  
都道府県から記載してください。

① 事業所の名称 (ふりがな) 〇〇かぶしがいしゃ なごやえいぎょうしょ 〇〇株式会社 名古屋営業所	② 事業所の所在地 〒( 460-0003 ) 愛知県名古屋市中区錦〇丁目〇番地〇 〇〇ビルディング 301号室 ( 052 ) 219 -〇〇〇
③ 特定製造業務への労働者派遣の実施の有無	有 無

④ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等				
(ふりがな) 氏名 〇〇〇〇 〇〇 ●● ●●	職名 総務部長	住所 (住所) 東京都千代田区〇〇町〇丁目〇番地〇 (居所) 愛知県名古屋市中区熱田区旗屋〇丁目〇番地〇 〇〇マンション〇号室	製造業務専門派遣元責任者 〇	キャリアコンサルティングの担当者

住所は、住民票のとおり記載してください。  
また、都道府県から記載してください。  
住民票住所と居所が一致せず居所届出をしている場合、居所も併せて記載してください。

製造業務専門派遣元責任者の場合、またはキャリアコンサルティング担当の場合は〇印を記載してください。

⑤ キャリアコンサルティングの担当者の氏名及び職名 (④の者と同じ者の場合は記載を要しない)		⑥ 派遣元責任者の職務代行者の氏名及び職名		⑦ 備考
(ふりがな) 氏名 〇〇〇〇 〇〇 ●● ▲▲	職名 取締役	(ふりがな) 氏名 〇〇〇 〇〇〇 ▲▲ ●●	職名 総務課長	

派遣元責任者以外の方がキャリアコンサルティングの担当者となる場合に記載してください。  
複数名いる場合には別紙を追加し、全員の氏名・職名を記載してください。

⑧ 事業所枝番号 (更新の申請時のみ記載)	(ふりがな) ① 事業所の名称

※更新申請事業所が2事業所の場合は、以下に記載してください。  
3事業所以上の更新申請を行う場合は、この様式を追加して記載してください。

③ 特定製造業務への労働者派遣の実施の有無	有 無
④ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等	

⑤ キャリアコンサルティングの担当者の氏名及び職名 (④の者と同じ者の場合は記載を要しない)		⑥ 派遣元責任者の職務代行者の氏名及び職名		⑦ 備考
(ふりがな) 氏名	職名	(ふりがな) 氏名	職名	

⑧ 事業所枝番号 (更新の申請時のみ記載)	※
-----------------------	---

8 許可年月日	〇〇年 〇 月 1 日	9 許可番号	派23-〇〇〇〇〇〇
10 事業開始予定年月日	年 記載不要です。 日		

11 その他	担当者：〇〇株式会社 総務課長▲▲ ●● 連絡先：052-219-〇〇〇〇	※ 申請に係る担当者の氏名、職名、連絡先を記載してください。
--------	--	--------------------------------

労働者派遣事業計画書

I 計画事業所の概要

(ふりがな)		○○かぶしがいしゃ なごやえいぎょうしょ	
1 事業所の名称		○○株式会社 名古屋営業所	
2 計画対象期間		令和○年○月1日	～ 令和○年○月○日
3 資産等の状況		許可の有効期間の更新を予定する日	許可有効期間末日を含む事業年度の終了日
区分	価額(円)	摘要	
現金・預金	30,000,000	●法人の場合:直近の決算時における資産等の状況(企業全体の状況)を記載してください。 ●個人の場合:納税期末日における事業に係る資産等の状況を記載してください。	
土地・建物	25,000,000		
その他	5,000,000		
資産額(計)	60,000,000		
負債額(計)	15,000,000		
4 株主の状況			
氏名又は名称	所有株式数	割合(%)	
1 ○○ ○○	240株	80	
2 株式会社▲▲▲▲	60株	20	
3	株式会社のみ、持ち株数の多い順に従い5名記載してください。		
4			
5			
その他の株主 (名)			
合計 (名)	300株	100	
5 労働保険等の加入状況			
① 労働保険等の加入状況	雇用保険	① 有	
	健康保険	① 有	2 無
	厚生年金保険	① 有	2 無
② 労働保険番号	23101-○○○○○○○-○○○		
③ 雇用保険適用事業所番号	2302-○○○○○○○-○		
ア 当該事業所の派遣労働者数(人)			35
イ うち雇用保険の未加入派遣労働者数(人)			1
④ 事業所整理記号	○-○○○		
⑤ 事業所番号	○○○○○		
ア 当該事業所の派遣労働者数(人)			35
イ うち健康保険の未加入派遣労働者数(人)			1
ウ うち厚生年金保険の未加入派遣労働者数(人)			1
6 民営職業紹介事業との兼業の有無	① 有 2 同時申請・申請中 3 無	許可番号・届出番号	23-ユ-○○○○○
7 請負事業との兼業の有無	① 有 2 無	うち構内請負の実施	① 有 2 無
8 事業所の面積(m <sup>2</sup> )	85.00m <sup>2</sup>		
9 備考	製造業に分類される事業者であって、構内請負(発注者の事業所構内において、自社の雇用する労働者を使用し、生産活動を請け負うことをいう。)を実施している場合は、「うち構内請負の実施」の「1有」を○で囲んでください。		

II 労働者派遣計画

登録制度とは  
→登録されている者の中から労働者を期間を定めて雇用し労働者派遣をする制度

「1日当たりの平均人数」とは  
1日当たりの派遣労働者の労働時間数の合計  
通常労働者の1人1日当たりの労働時間数

登録者とは  
→雇用されている者を含み、過去1年間を超える期間にわたり雇用されたことのない者を除く。

1 登録制度の実施

1 有	<input checked="" type="radio"/> 2 無
-----	--------------------------------------

2 派遣労働者として雇用すること等が予定される1日当たり平均人数

	計	うち1年以上の雇用予定の者	うち1年未満の雇用予定の者	登録者
①派遣労働者総数計(人)	30	30	0	0
②無期雇用派遣労働者(人)	30	—	—	—
③有期雇用派遣労働者(人)	0	0	0	0
④日雇派遣労働者(人)	0	0	0	0

3 労働者派遣の役務の提供を受ける者の確保の対象地域

愛知県、岐阜県、三重県

派遣先の地域を都道府県単位で記載してください。

日雇派遣労働者とは・・・  
日々又は30日以内の期間を定めて雇用される派遣労働者  
(30日以内の期間を定めた契約を更新して通算30日を超える場合も含まれる)

4 指揮命令の系統

代表取締役－総務部長(派遣元責任者)－総務課長(職務代行者)－派遣労働者・登録者

派遣事業関係業務に従事する者の指揮命令系統及び派遣元責任者・職務代行者の地位を記載してください。

5 労働者派遣に関する事業所の平均的な料金

上記2にて登録者がいる場合、「派遣労働者・登録者」と記載してください。

		①平均的な1人1日(8時間)当たりの派遣料金	②平均的な1人1日(8時間)当たりの賃金	③その他	④労働保険料(事業主負担分)	⑤社会保険料(事業主負担分)
全派遣業務平均		25,000	16,500	8,500	148	2,475
職業分類番号	派遣業務内容	—	—	③その他は、①-②になります。	—	—
10	システム設計業務	30,000	20,000	10,000	180	3,000

中分類(2ケタ)で記載してください。  
「総務省編職業分類」参照

派遣先における就業内容(予定も含む)に合わせて実施する安全衛生教育について記入してください。  
<労働安全衛生法第59条/安全衛生規則第35条>

6 労働安全衛生法第59条の規定に基づく

教育の内容及び当該内容に係る労働安全衛生法又は労働安全衛生規則の該当番号		教育の内容		
①	3	作業手順訓練		
②	5	腰痛防止訓練		
③	6	整理・整頓・清掃・清潔訓練		
④	7	危険予測訓練		
⑤	8	災害防止訓練	1	2

- 安衛則第35条第1～3項
- 1 機械、原材料等の危険性又は有害性及びこれらの取扱方法に関すること
  - 2 安全装置、有害物抑制装置又は保護具の性能及びこれらの性能及び取扱い方法に関すること
  - 3 作業手順に関すること
  - 4 作業開始時の点検に関すること
  - 5 就労する業務に関して発生する怖れのある疾病の原因及び予防に関すること
  - 6 整理・整頓及び清潔の保持に関すること
  - 7 事故時等における応急措置に関すること
  - 8 その他就労する業務に関する安全又は衛生のために必要な事項
  - 9 作業内容変更時の教育(第1項の規定を準用する第2項)
  - 10 危険・有害業務の特別教育(第3項)
- ・6欄の該当番号については、該当する教育内容の号数1～10の数字を、主な2つまでを記載し、最大5コースまでを記載してください。  
※適正な安全衛生教育についての相談は愛知労働局安全課又は管轄の労働基準監督署にお問い合わせをお願いします。

7 その他の教育訓練(6及び様式第3号-2に係るものを除く)

訓練の内容	訓練の方法の別 1 OJT 2 OFF-JT	訓練の実施主体の別 1 事業主・2 派遣先・3 訓練機関・4 その他	訓練費負担の別			1人当たりの平均実施時間
			1 無償(実費負担なし)・2 無償(実費負担あり)・3 有償	賃金支給の別 1 有給(無給部分なし)・2 有給(無給部分あり)・3 無給		
① コンプライアンス研修	2	1	1	1	2	
②						
③						

「有給(無給部分あり)」は、自主的に実施する訓練については無給とする部分があるもの原則として訓練を受けることに対して給与を支払うことをいいます。

8 6及び7の教育訓練に用いる施設、設備等の概要、教育の実施責任者

名古屋営業所内研修室 PC10台、机4台、椅子20脚、プロジェクター1台、スクリーン1台、派遣先設備、実施責任者：○○○○

「教育の実施責任者」は、安全衛生教育の実施に関し責任を有する者を記載してください。

9 海外派遣の予定の有無

1 有  2 無

所定の欄に記載し得ないときは別紙に記載して添付してください。

### キャリア形成支援制度に関する計画書

#### 1 キャリアコンサルティングの担当者の人数

厚生労働大臣又は厚生労働大臣が指定する者が行う試験を合格した担当者の人数を記載してください。		うち社内の者	うち社外の者	「職業能力開発推進者〇年」「人事経験〇年」など具体的に記載してください。複数いる場合には、主な者について記載してください。
計	1	1	0	0 (具体的に )
キャリアコンサルタント	0	0	0	—
上記以外の担当者	1	1	0	—
営業職	0	0	0	—
その他	1	1	0	10年間の人事経験あり

#### 2 キャリアコンサルタントの知見を有する者(職業能力開発推進者又は人事経験3年以上の者等)は、「その他」に記載してください。

窓口の開設方法	キャリアコンサルティングを行う場所	備考	3 キャリアコンサルティングに関するマニュアル等の有無
1 事務所に設置・2 電話での相談窓口の設置・3 e-mailでの専用窓口の設置・4 専用WEBサイトの設置・5 その他	1 社内(本社、支社等を含む)の特定の場所・2 社内不特定の場所・3 派遣先の特定の場所・4 派遣先不特定の場所・5 社外・6 その他	「1 有」の場合、キャリアコンサルティングに係るマニュアル又はマニュアルの概要を参考資料として添付してください。	① 有 ② 無
1, 2, 3	1, 3	「その他」を選択した場合、内容を記載してください。	

#### 4 キャリアアップに資する教育訓練

キャリアアップ(1 入職時等基礎的訓練、2 職能別訓練、換訓練、4 階層別の教育訓練)	具体的な教育訓練	具体的な対象労働者	人数	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	11年目	12年目	13年目	14年目	15年目	16年目	17年目	18年目	19年目	20年目	の別(無給)・(無給)・(無給)	
①	1 新規採用者訓練	1 全派遣労働者	20	6																					
②	2 プログラミング訓練	2 全派遣労働者	20	2	4																				
③	2 資格取得訓練	2 全派遣労働者	20		6	6																			
④	4 マネジメント研修	4 全派遣労働者	20			4	4																		
⑤	1 新規採用者訓練	1 全派遣労働者	10	6																					
⑥	2 製造機械操作訓練	2 全派遣労働者	10	2	4																				
⑦	2 品質管理訓練	2 全派遣労働者	10		6	6																			
⑧	4 マネジメント研修	4 全派遣労働者	10			4	4																		
1人当たりの平均実施予定時間の合計(「訓練費負担の別」が「1 無償(実費負担なし)」であり、「賃金支給の別」が「1 有給(無給部分なし)」であるもののみ合計可。)				8	10	10	4																		
「キャリアアップに資する教育訓練」実施にあたって支払う賃金額(1人1時間当たり平均)												2,100													
実施する教育訓練の趣旨、目的、効果、目標等を含めて、具体的に記載してください。場合、備考欄にその具体的な理由を記載すること																									

#### 5 上記教育訓練が、キャリアアップに資すると考える理由

(例) 派遣労働者の採用後、役職・段階があがるタイミングにおいて、キャリアパスに応じた上記教育訓練を設けており、職務遂行能力や専門的・総合的な能力を高め、派遣労働者のキャリアアップに資することを念頭においている。		無期雇用派遣労働者への中長期的なキャリア形成を考慮に入れた教育訓練の実施	① 有 ② 無
7 上記6の実施にあたってどのようなことを考慮しているのかを具体的に記載してください。		(例) 長期的に派遣就業することを念頭に、段階的な能力取得を前提とした、中長期的なキャリア形成を考慮に入れた研修を別途提供することとしている。	

#### 8 派遣労働者のキャリアアップ措置に係る教育訓練に用いる施設、設備等の概要

※ 様式第3号の8欄と異なる場合のみ記載すること
--------------------------

#### 9 教育訓練等の情報を管理した資料の保存期間が労働契約終了後3年間以上あること

10 備考	教育訓練を行った日時・内容等を記載した書類(例:派遣元管理台帳、人事記録等)
-------	--

※労働局記載欄

所定の欄に記載し得ないときは別紙に記載して添付してください。

雇用保険等の被保険者資格取得の状況報告書

派遣労働者のうち、雇用保険等の未加入者がいる場合に提出してください。

年 月 日

申請日における状況を記載してください。

雇用保険等の被保険者資格取得の状況について、下記のとおり報告します。

(ふりがな)	〇〇かぶしがいしゃ なごやえいぎょうしょ
1 事業所の名称	〇〇株式会社 名古屋営業所

・2欄、3欄には、様式第3号(第1面)5欄において労働保険等の加入状況を記載した内容について記載してください。

【雇用保険】

2 適用事業所番号	2302-〇〇〇〇〇〇-〇	3 派遣労働者のうち、未加入者数	1人
4 未加入者の氏名及び未加入の理由			
氏名	未加入の理由は以下 ①~④より選択	「④ その他」を選択した場合に具体的な理由を記載	
〇〇 〇〇	①		
対象者の氏名を50音順にて記載してください。未加入の理由を下記の①~④から選択してください。その他の場合は、具体的な理由を必ず記載してください。			
所定の欄に記載し得ないときは別紙に記載して添付してください。			

【雇用保険の未加入の理由】

- ① 1週間の所定労働時間が20時間未満である者
- ② 同一の事業主の適用事業に継続して31日以上雇用されることが見込まれない者
- ③ 昼間学生（労働者派遣法施行令第4条第2項第2号に掲げる者をいう。）
- ④ その他

・5欄及び6欄には、様式第3号5欄において労働保険等の加入状況を記載した内容について記載してください。

【健康保険・厚生年金保険】

5 事業所整理記号	〇-〇〇〇	6 派遣労働者のうち、未加入者数	健康保険	1人
事業所番号	〇〇〇〇〇		厚生年金	1人
7 未加入者の氏名及び未加入の理由				
氏名	種類	未加入の理由は以下 ①~③より選択	①を選択した場合に(ア)~(エ)の該当する項目を全て記載 「③ その他」を選択した場合に具体的な理由を記載	
〇〇 〇〇	健康保険	①	(ア)	
	厚生年金	①	(ア)	
対象者の氏名を50音順にて記載してください。未加入の理由を下記の①~③から選択してください。①を選択した場合は、(ア)~(エ)のうち、該当する項目を全て記載してください。その他の場合は、具体的な理由を必ず記載してください。健康保険・厚生年金保険の種類それぞれの状況を記載してください。				
所定の欄に記載し得ないときは別紙に記載して添付してください。				

【健康保険・厚生年金保険の未加入の理由】

- ① 1週間の所定労働時間又は1月間の所定労働日数が通常の労働者の4分の3未満の短時間労働者であって、次の(ア)~(エ)のうちいずれかに該当する者
  - (ア) 1週間の所定労働時間が20時間未満であること
  - (イ) 賃金の月額が8.8万円未満であること
  - (ウ) 学生であること
  - (エ) 被保険者が常時100人以下であり、任意特定適用事業所の申出がなされていない事業所に使用されていること
- ② 2か月以内の期間を定めて使用される者であって、当該定めた期間を超えて使用されることが見込まれないもの
- ③ その他