

「高年齢者雇用優良事業所」協会長表彰 応募書

平成 30 年 4 月 1 日現在でご記入下さい。

(ふりがな) 1 事業所名		(ふりがな) 2 代表者名	
3 所在地	(〒 -)	(電話 - -) (FAX - -)	
4 事業内容			
5 従業員数及び 高年齢者の雇用数	従業員 人、うち60歳以上 人(%)		
6 定年制の現状	定年制度の 有・無 有りの場合 定年年齢 歳		
7 定年後の継続雇用制度 (希望者全員)の状況 【○をつけてください】	① 制度種類 (<input type="checkbox"/> イ、再雇用制度 <input type="checkbox"/> ロ、勤務延長制度 <input type="checkbox"/> ハ、出向制度 <input type="checkbox"/> ニ、その他) ② ①の制度の雇用満了年齢 (<input type="checkbox"/> イ、有り 歳 <input type="checkbox"/> ロ、無し) ③ ①の制度対象は、 <input type="checkbox"/> イ、希望者全員 <input type="checkbox"/> ロ、経過措置を利用 【①、③については、該当する記号を○で囲んでください】		
8 過去3年間の55歳以上の採用状況及びその後の定着状況	平成27年度採用数 ① 人 上記のうち、調査日現在も 在職中の者 人	平成28年度採用数 ② 人 上記のうち、調査日現在も 在職中の者 人	平成29年度採用数 ③ 人 上記のうち、調査日現在も 在職中の者 人
	9 高年齢者に優しい職場作りの状況 (1) 職場改善 具体的に (2) 能力開発 具体的に (3) 人事管理 具体的に (4) 職場創出 具体的に (5) 健康管理等 ① 健康診断の実施 有・無 【○で囲んでください】 ② その他(具体的に)		
※ 9欄については、記載欄が不足の場合は、別紙(任意の用紙)等に記載の上ご応募下さい。		担当部署 担当者	

公益社団法人埼玉県雇用開発協会会長 殿

上記のとおり応募いたします。

平成 30 年 月 日

事業所名

代表者名

印