Ⓒ

様式１（別紙）④

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース①≫**

|  |
| --- |
| **企業・法人全体の要件確認** |
| 企業・法人名称 | 株式会社○○○○ | 設立年月日 | ○○年〇月○○日 |
| 主たる業種コード | ○○○ | ・２４ページ目「業種コード表」を参照の上、メインとなる業種コードを１つだけ記入ください |
| 資本金又は出資の総額 | ○○○○円 | ・資本金又は出資が無い場合は０と記入ください |
| 企業・法人全体の労働者数 | ○○人 | ・常態として使用する、労災加入労働者数を記入ください(パート、アルバイト含む。なお、常勤職員の人数ではありません）・役員、派遣労働者等は含まないでください |
| 労働保険加入状況の確認 | ※**労働保険申告書と労働保険領収書を提出ください**。必要資料に関しては５ページ目「スポーツ・運動指導コース提出資料一覧表」をご確認ください |

|  |  |
| --- | --- |
| **補助金担当者の氏名と連絡先** | ・提出資料について問合せをする場合がありますので、必ず申請書類**作成担当者**の氏名、連絡先を記入ください（書類作成代行者は別紙(形式任意)提出） |
| 役職または所属 | 事務員 | 氏名 | ○○　○○ |
| 電話番号（会社） | 0776-○○-○○○○ | 電話番号（携帯） | ○○○○○○○○ |
| メールアドレス | ○○○○○○○○ |

|  |  |
| --- | --- |
| **取組を実施する事業場について** | ・対象となる事業場を**全て**記入ください（建設現場、警備場所は事業場にはなりません） |
| (事業場名)B | (設立年月日)○○年○○月○○日 |
| (住所)福井県○○○○○○○○ |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | ○○人 |  |
| (事業場名)美健針原 | (設立年月日)○○年○○月○○日 |
| (住所)福井県坂井市○○○○○○○○ |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | ○○人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |

※枠内に入らない事業場については別紙にて記載いただき提出ください