

転換等実施報告書

年 月 日

徳島県知事 殿

事業主 所在地
 名称
 代表者氏名
 代理人 所在地
 氏名

標記について別紙（様式1-1）のとおり転換等を実施したことを報告します。

1 有期雇用労働者から正規雇用労働者に転換等実施した人数 _____名(内数:男性_____名,女性_____名)

2 無期雇用労働者から正規雇用労働者に転換等実施した人数 _____名(内数:男性_____名,女性_____名)

3 支給対象労働者は以下の要件を満たす者である。（ご確認のうえ該当する場合□に✓を記入してください）

- ① キャリアアップ助成金のキャリアアップ計画に基づく正社員転換を行った者
- ② 徳島県正社員化促進支援助成金支給要綱で定める要件を満たす者
- ③ （有期からの転換等の場合）転換等の前に事業主で雇用されていた期間が3年以下である者

※就職氷河期世代（転換等の日において35歳以上55歳未満）である者に限ります。

※「有期」から「正規」：全て満たす場合に徳島県正社員化促進支援助成金の支給対象労働者となります。

「無期」から「正規」：①～②を満たす場合に徳島県正社員化促進支援助成金の支給対象労働者となります。

4 事業主の概要

事業主企業規模	<input type="checkbox"/> 中小企業事業主		<input type="checkbox"/> 中小企業事業主以外	
業種		常用雇用者数	人	
担当者	所属・氏名		電話	
	メールアドレス		ファクシミリ	