

助成金診断アンケート

御社の現在の状況あるいは今後の予定について、「YES」か「NO」でお答え下さい。
受給できる可能性のある助成金を診断いたします。

1. 労働保険（雇用保険・労災保険）に加入していますか	YES	NO
2. 従業員（雇用保険被保険者）がいますか	YES	NO
3. パート・アルバイトがいますか	YES	NO
4. 55歳以上60歳未満の従業員（勤続1年以上）がいますか	YES	NO
5. 60歳以上70歳未満の従業員がいますか	YES	NO
6. 就業規則を労働基準監督署に届けていますか	YES	NO
7. 定年年齢は60歳以上ですか	YES	NO
8. 定年の引き上げもしくは定年制度の廃止を予定していますか	YES	NO
9. 中高年齢者を従業員として雇い入れる予定がありますか	YES	NO
10. 新たな従業員の雇入れ、または出向者の受入れの予定がありますか	YES	NO
11. 身体障害者を雇入れている、又は予定がありますか	YES	NO
12. 新事業展開や異業種進出、創業の予定がありますか	YES	NO
13. 従業員の能力開発のために、教育訓練の実施あるいは支援をしていますか、又は予定がありますか	YES	NO
14. 従業員の育児・介護のための支援をしている、又は予定がありますか	YES	NO
15. 介護関連事業に携わっている、又は予定がありますか	YES	NO
16. 従業員のために福利厚生・雇用管理の充実の予定がありますか	YES	NO
17. 中高年齢者、もしくは身体障害者のために職場環境を充実させる予定がありますか	YES	NO
18. 事業の縮小、または従業員のリストラ、休業、出向、配置転換の予定がありますか	YES	NO
19. 再就職のための支援の予定がありますか	YES	NO
20. 顧問契約をしている社会保険労務士がいますか	YES	NO
21. 診断結果について、社会保険労務士の説明・相談を希望しますか（初回訪問無料）	YES	NO

貴社名：	業種：
従業員数：	名（うちパート・アルバイト数 名） （うち55歳以上60歳未満の従業員数 名） （うち60歳以上70歳未満の従業員数 名）
所在地：	
ご担当者名：	ご所属：
TEL：	FAX：
MAIL：	
診断結果レポートの受取方法：郵送・FAX・MAIL（ご希望の受取方法を で囲んでください）	
本アンケート用紙に記載の個人情報は、助成金診断サービスのご提供を行うために取得・利用するほか、当事務所・関連会社を含む各種商品・サービスのご案内などに利用させていただきます。	

FAX送信

0773-77-1762

お問い合わせ：舞鶴足立労務管理事務所 624-0816 京都府舞鶴市伊佐津474-3

TEL：0773-75-2067 FAX：0773-77-1762 E-MAIL：hairs@cronos.ocn.ne.jp