

トライアル雇用実施計画書

提出日 平成 年 月 日

企業名		フリガナ						
トライアル雇用を行う事業所	名称(と同じである場合は省略可)	フリガナ			雇用保険適用事業所番号			
	所在地	(〒 - - -)			電話(- - - -)			
対象労働者 氏名	フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)			
対象者種別 (いずれかに)	1.中高年齢者 2.若年者等 3.長期若年無業者等 4.母子家庭の母等 5.季節労働者							
トライアル 雇用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	トライアル雇用に係る求人番号						
トライアル 雇用中に講 じる措置の 内容				常用雇用に 移行するた めの要件				
トライアル 雇用中の労 働条件	賃 金	基本給 月額・日額・時給 円 定額的に支払われる手当 1か月当たり 円						
	就業時間	: から : まで 週休 日 1週間当たりの所定労働時間 時間 (通常の労働者の1週間当たりの所定労働時間 時間) (補足説明 :)						
	その他の							
トライアル 雇用に係る 事務手続の 担当者	氏名				役職			
	連絡先 (の所在地と同じ場合は省略可)	(〒 - - -)			電話(- - -)	(内線 - - -)		
上記内容について、同意します。 (トライアル雇用実施労働者氏名)					記名押印 又は署名			
(備考)					受理番号 : 連絡先安定所 :			

注 欄の「3.長期若年無業者等」に を付すのは、対象者が35歳未満であって、トライアル雇用期間中の1週間の所定労働時間が通常の労働者より短い時間(20時間以上30時間未満)でトライアル雇用を実施する場合であり、それ以外は「2.若年者等」に を付すこと。