旭川市「みんなのキャリアの保健室」登録申請書

申請日　　年　　月　　日

旭川市長

申請者　所 　在　 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

旭川市「みんなのキャリアの保健室」登録制度実施要綱第５条に基づき，次のとおり申請します。なお，この申請書については事実に相違ありません。

１　登録要件（該当項目にチェックしてください。いずれにも該当する必要があります）

　[ ] 　⑴　市内に事業所を有している

　[ ] 　⑵　職場環境づくりや女性活躍の推進に取り組んでいる

　[ ] 　⑶　関係法令等を遵守している

　[ ] 　⑷　業態が公序良俗に反していない

２　事業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　在　　地（市内事業所） | 〒 |
| 申　請　単　位 | [ ] 　法人全体　　　　　　[ ] 　事業所 |
| 代表電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 市内事業所名 |  |
| 業　　　　　種 |  |
| 事　業　内　容 |  |
| 常用労働者数 |  |

※以上はホームページで公表する項目があります。予め御了承ください。

３　連絡用情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 | [ ]  同上 |  |
| メールアドレス | [ ]  同上 |  |
| 送付先 | [ ]  同上 | 〒 |