様式第１号

厚生労働省　地域雇用活性化推進事業

**『高付加価値化・リブランディング化伴走型支援及び**

**好事例・ノウハウの地域内企業への展開』**

**参加申込書**

令和　　年　　月　　日

北見市雇用創造協議会　御中

以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  |  |
| 代表者  役職・氏名 |  | 印 |

1. 事業者概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 担当者 | 部署・役職 |  | | 氏　名 |  | | |
| 担当者連絡先 | 電　　話 |  | | FAX |  | | |
| Eメール |  | | | | | |
| ホームページ | http | | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | | |
| 従業員数 | 常時雇用 | 人 | | 臨時雇用 | 人 | | |
| 昨年度  採用実績 | 新卒採用  (定期採用) | 人 | 中途採用 | 人 | 中  途  内  訳 | 常時雇用 | 人 |
| 臨時雇用 | 人 |
| 申し込み動機  (理由等) |  | | | | | | |
| 当支援利用後の  新たな雇用 | 当支援をご利用後、新たな雇用について該当するものに○を付けてください。  ・雇用の予定あり（　　人）　　・検討中　　　・雇用の予定なし  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

２.　確認事項　下記項目にチェックをお願いします。（チェックがない場合は支援対象になりません）

|  |
| --- |
| * 支援終了後、雇用に関する調査に協力します。 * 北見市暴力団排除条例第２条第１号から第３号に規定する暴力団員等ではありません。 * 北見市税を滞納していません。 |

1. 見直しを希望する商品について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 見直しを希望する商品名 |  | | | |
| 主な原材料と産地 | 原材料名 |  | 産地 |  |
| 改良希望点 | （パッケージを変えたい。ＳＮＳに上手にのせたい。など具体的に） | | | |
| アドバイザーと  協議できない  曜日・時間帯 | 曜日 |  | 時間帯 |  |
| 関連商品があれば  ご記入下さい。 |  | | | |
| その他 | （上記以外に、アドバイザーに伝えたいことがあれば記入下さい。） | | | |