

転換等実施報告書

平成 年 月 日

山形県知事 殿

事業主 所在地
 名称
 代表者氏名 印
 代理人 所在地
 氏名 印

標記について以下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社員に転換等した場合 (転換等した労働者の数 男性 名、女性 名)
 (転換した日 平成 年 月 日)
- 2 無期雇用労働者から正社員に転換等した場合 (転換等した労働者の数 男性 名、女性 名)
 (転換した日 平成 年 月 日)

※「正社員」には「多様な正社員」を含みます。

支給対象労働者は以下の要件を満たす者である。

- 有期・無期雇用労働者として雇用された者。
- 有期・無期雇用労働者として6か月以上雇用された者。
- キャリアアップ計画に基づく正社員転換であること。
- 上記のほか、山形県正社員化促進事業奨励金支給要綱で定める要件を満たす者。

働き方改革推進アドバイザー※の派遣 (常用雇用100人未満の企業に限る)を希望する場合は右欄□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 希望する
※ 働き方改革推進アドバイザー(社会保険労務士)とは、常用雇用100人以下の企業を訪問し、長時間労働の抑制や多様な正社員制度の導入、非正規雇用労働者の処遇改善の推進、労働者を支援するための法制度の周知啓発を行う。	

担 当	部 署 名	
	職 名	
	氏 名	
	連 絡 先	