

商号又は名称

代表者氏名

連絡先 担当者氏名

TEL

FAX

電子メール

## 地域貢献活動評価要件確認票

### < 雇用拡大に関する評価 >

#### 1 増加人数

別添の健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書又は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書等に丸印を付けた者は、6月30日時点における正規雇用従業員であり、その数は、以下のとおり2年前より増加しています。

区分		正規雇用従業員数	備考
入札参加資格審査を行う年度の 6月30日	A	人	確認できる書類の添付(有・無) ※直近の健康保険・厚生年金保険被保険者 標準報酬決定通知書等
審査年度の 前々年度の6月30日	B	人	確認できる書類の添付(有・無) ※審査年度の前々年度の6月30日から直近 の健康保険・厚生年金保険被保険者標準報 酬決定通知書等
増加人数	$C=A-B$	人	

※A・B欄に記載した人数が確認できる書類として、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の正規雇用従業員に印をつけたものを添付してください。当該通知書に記載のない者については、健康保険・厚生年金保険資格取得確認及び標準報酬決定通知書の写しなどを添付してください。

#### 2 新たに雇用した人の氏名

次の者については、入札参加資格審査を行う年度の6月30日以前2年の間に、正規雇用従業員として新たに雇用しています。

氏名	雇用年月日	備考
	令和 年 月 日	確認書類の添付(有・無)

※確認書類として、採用決定通知書の写しと雇用契約書の写しを添付してください。

#### 3 働き方改革実行企業(よかばい・かえるばい企業)としての宣言

申請日において「働き方改革実行企業(よかばい・かえるばい企業)としての宣言を福岡県働き方改革推進事業ポータルサイト上で公開しています。

<宣言の取組期間>  年 月 日～ 年 月 日まで	確認できる書類の添付(有・無) ※ポータルサイト→参加企業一覧から 自社の公開画面の写し
---------------------------------	----------------------------------------------------