第１号様式（第５条関係）

かながわ治療と仕事の両立推進企業認定申請書

年　　月　　日

　神奈川県知事　様

（申請者）

所在地

名称

代表者職・氏名

　かながわ治療と仕事の両立推進企業認定事業実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり申請します。

１　県内にある本社、本店又は事業の拠点の名称、所在地及び従業員数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 所在地 | 従業員数  (　　年　月　日時点） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　認定基準の適合

　　かながわ治療と仕事の両立推進企業認定事業実施要綱第３条に規定された認定基準のうち満たしてしている基準（該当する基準に〇をつけてください。）

(1)　時間単位又は半日単位の年次有給休暇制度を整備していること。

(2)　傷病・病気休暇制度を整備していること。

(3)　短時間勤務制度、時差出勤制度、失効年次有給休暇積立制度、在宅勤務制度、フレックスタイム制度のいずれか一つ以上の制度を整備していること。

３　添付書類

就業規則その他これに準ずるものの写し

（担当者連絡先）

　部 署 名：

　氏　　名：

　電話番号：

　電子メールアドレス：