|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請年月日** | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

認証委員会・認定審査員 宛

**医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度**

審査申請書（**更新事業者用**）

令和７年度の厚生労働省委託事業「医療・介護・保育分野等における職業紹介事業者の認定事業」（医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度（以下「適正認定制度」という。））における認定を受けたく、申請書類一式を添付して申請いたします。

なお、当社は、適正認定制度の趣旨に賛同するとともに、下記の事項について誓約いたします。

記

１．令和７年度認定制度運営要領第6－4の（6）に定める認定事業者の責務（※）について承諾すること

※本様式末尾に添付する資料1を参照のこと

２．審査のために必要なすべての情報を開示すること

３．開示する情報の一切は、事実であること

４．認定制度基準の申請条件を具備していること

５．審査員等に対して、審査認定の業務範囲を超える便宜（経営相談及び認定制度の審査・認定に関わる情報提供や助言、

指導等）の提供を求めないこと

**■申請事業者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請事業者名(※)(★)** | |  |
| **主たる事業所の**  **登記所在地** | 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| **代表者** | 役職位 |  |
| 氏名(漢字) |  |
| 氏名(ふりがな) |  |
| **コーポレートサイトURL（★）** | | http |

※：認定時に「認定証」に記載される項目

★：認定時に「認定制度HP認定事業者情報」に掲載される項目

**■申請担当者（本申請書を記載する者）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **担当者 所属部署・役職** | |  |
| **担当者所在地**  **（登記と異なる場合）** | 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| **担当者連絡先** | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| **担当者氏名** | 漢字 |  |
| ふりがな |  |

**■申請事業者の概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業内容主たる活動・事業・目的等** | | | | | | | | | | | | | | **職業紹介許可番号** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **法人成立の年月日(西暦)** | | | | | | | | | | | **常時雇用人数** | | | | | | **紹介事業人数** | | | | |
|  | **年** |  | | | **月** |  | | | | **日** |  | | | | **人** | |  | | | | **人** |
| **兼業する事業**  ※複数選択可。  ※該当するものに〇を入れてください。 | | | **１．人材ビジネス** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①派遣 | | |  | | ②請負 | | |  | ③採用・募集業受託 | | | | | |  |  | |
| ④人事関連コンサルタント | | | | | | | |  | ⑤その他 | | |  | | | | | |
| **２．人材ビジネス以外の事業** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ①製造業 | | |  | | ②流通・小売業 | | |  | ③サービス業 | | | | |  | ④医療・介護業 | |  |
| ⑤金融業 | | |  | | ⑥不動産・建設業 | | |  | ⑦その他 | | |  | | | | | |
| **紹介手数料の体系**  ※受付手数料を除きます。  ※複数選択可。  ※該当するものに〇を入れてください。 | | | １．届出制手数料を主として適用 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ２．法定手数料（上限手数料）を主として適用 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ３．成功報酬型 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ４．前金制（リテーナー方式） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ５．その他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **求職者情報の入手経路**  ※別途説明する資料を添付する場合は記載不要です。  ※貴社サービスにて職業紹介を実施する対象となる求職者についてその登録ルート等の、入手経路を全てご記載ください。 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **求人(者)情報の入手経路**  ※別途説明する資料を添付する場合は記載不要です。  ※貴社サービスにて職業紹介を実施する対象となる求人者についてその登録ルート等の、入手経路を全てご記載ください。 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**■申請事業者の概要**

**・**審査認定を希望するサービスブランド名と、サービスサイト、無期・常用雇用求人が検索できるサイト（実地審査の際に審査員が指定する求人を、そのサイトから選択します。）、苦情受付窓口、手数料公表ページのURLを入力してください。公表情報となるため対象となるものを**分野別にすべて**ご記載ください。また、当認定制度は無期雇用を対象としているため、**無期雇用を対象としたサービスブランド**をご記載ください。

※：認定時に「認定証」に記載される項目

★：認定時に「認定制度HP認定事業者情報」に掲載される項目

**【医療分野】**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービスブランド名①**(※)(★) |  |
| 求人者用 サービスサイト(★) | http |
| 求職者用 サービスサイト(★) | http |
| 無期・常用雇用求人が検索できるサイト | http |
| 苦情受付窓口 | http |
| 手数料公表ページ(★) | http |

（２つ以上のブランドを申請する場合は、コピーして追加してください。）

**【介護分野】**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービスブランド名①**(※)(★) |  |
| 求人者用 サービスサイト(★) | http |
| 求職者用 サービスサイト(★) | http |
| 無期・常用雇用求人が検索できるサイト | http |
| 苦情受付窓口 | http |
| 手数料公表ページ(★) | http |

（２つ以上のブランドを申請する場合は、コピーして追加してください。）

**【保育分野】**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービスブランド名①**(※)(★) |  |
| 求人者用 サービスサイト(★) | http |
| 求職者用 サービスサイト(★) | http |
| 無期・常用雇用求人が検索できるサイト | http |
| 苦情受付窓口 | http |
| 手数料公表ページ(★) | http |

（２つ以上のブランドを申請する場合は、コピーして追加してください。）

**■申請を行う分野・職種（無期雇用の常用雇用者）の手数料について**

・**申請するすべての分野・サービスブランドについて**ご記載ください。

・手数料についてHP等で公表している内容が異なる場合は、分野・サービスブランド別にご記載ください。

（枠が足りない場合はコピー&ペーストにて追加の上、ご記載ください）

・手数料は、前年度入職者の実績値を用いて試算の上、ご記載ください。

・手数料は、サービスで定める内容に合わせて【率】か【額】のいずれか、或いは双方をご記載ください。

・手数料の平均値は、申請する職種区分ごとに試算の上、ご記載ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **記載内容が該当する分野**  （医療・介護・保育 から選択の上記載） | | | | |  | | | | |
| **記載内容が該当するサービスブランド**  （上記分野の範囲で申請するブランドを全て記載） | | | | |  | | | | |
| **手数料**  **【率】** | **上限値** | | | **上限値の具体事例** | | | | | |
|  | | ％ |  | | | | | |
| **下限値** | | | **下限値の具体事例** | | | | | |
|  | | ％ |  | | | | | |
| **職種名** | | | **職種別平均値** | | | **職種名** | **職種別平均値** | |
|  | | |  | | ％ |  |  | ％ |
|  | | |  | | ％ |  |  | ％ |
|  | | |  | | ％ |  |  | ％ |
|  | | |  | | ％ |  |  | ％ |
|  | | |  | | ％ |  |  | ％ |
| **手数料**  **【額】** | **上限値** | | | **上限値の具体事例** | | | | | |
|  | | 円 |  | | | | | |
| **下限値** | | | **下限値の具体事例** | | | | | |
|  | | 円 |  | | | | | |
| **職種名** | | | **職種別平均値** | | | **職種名** | **職種別平均値** | |
|  | | |  | | 円 |  |  | 円 |
|  | | |  | | 円 |  |  | 円 |
|  | | |  | | 円 |  |  | 円 |
|  | | |  | | 円 |  |  | 円 |
|  | | |  | | 円 |  |  | 円 |
| **手数料に幅がある場合の理由** | |  | | | | | | | |

**■違約金規定の 有・無**いずれかに“〇”を入力してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 違約金の規定が **ある** |  | ・「違約金」という言葉に限らず、「キャンセル料」「解除料」等の名称であって  も、実質的に同様の費用を請求する内容が含まれていれば対象となります。  ・本来支払われるべき手数料の請求は、違約金にはあたりません。 |
| 違約金の規定は **ない** |  |

※「違約金の規定が**ある**」に“〇”を入力された場合は、必須基準３の申請書類として、違約金の額、条件、解除方法が明示されていることがわかる資料を提出してください。

**■分野・職種別の入職実績**

・職業紹介事業における、年度（4～3月期）を期間とする直近3期の入職人数実績を、認定対象の職種別にご記入ください。

・入職人数実績は、各分野に関連する法人・施設が入職先である無期雇用の常用雇用者が対象となります。

・認定要件である、『直近3期のうち2期以上5件以上の入職』に満たない場合も、実績がある場合には記入してください。

**【医療分野】**認定対象職種の職種別入職実績（人数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医師** | R4 | R5 | R6 | **歯科医師** | R4 | R5 | R6 | **薬剤師**  **（※1）** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **看護職**  **（※2）** | R4 | R5 | R6 | **リハビリテーション**  **専門職（※3）** | R4 | R5 | R6 | **医療技術者**  **（※4）** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **歯科衛生士** | R4 | R5 | R6 | **看護助手**  **看護補助者** | R4 | R5 | R6 | **歯科助手** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **栄養士**  **管理栄養士** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |

**【介護分野】**認定対象職種の職種別入職実績（人数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護職/合計**  **（※5）** | R4 | R5 | R6 | **介護福祉士** | R4 | R5 | R6 | **介護福祉士**  **以外** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **看護職**  **（※2）** | R4 | R5 | R6 | **リハビリテーション**  **専門職（※3）** | R4 | R5 | R6 | **介護支援**  **専門職** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **医師** | R4 | R5 | R6 | **生活相談員**  **支援相談員** | R4 | R5 | R6 | **機能訓練**  **指導員** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **栄養士**  **管理栄養士** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |

**【保育分野】**認定対象職種の職種別入職実績（人数）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保育士** | R4 | R5 | R6 | **保育教諭** | R4 | R5 | R6 | **幼稚園教諭** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **栄養士/管理栄養士/調理師** | R4 | R5 | R6 | **看護師** | R4 | R5 | R6 |
|  |  |  |  |  |  |

※1 薬剤師は就職先施設の分野に限らず、総入職人数で判定（調剤薬局、ドラッグストア、医療機関等）

※2 看護師、准看護師、保健師、助産師

※3 理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※4 診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、歯科技工士等

※5「介護職/合計」の欄には、介護福祉士と介護福祉士以外の合計を記載。

介護職の認定には、「介護職/合計」の人数で認定要件を満たす必要があります。

**■実地審査対応予定者**

・申請する分野のみご記載ください。

・下表中の役割記号は、それぞれ下記を示します。

Ａ：経営者もしくは申請を行う事業部門の責任者

Ｂ：職業紹介従事者を管理する職業紹介責任者

Ｃ：職業紹介従事者　①：両方を担当または求人者のみ担当の従事者　②：求職者のみ担当の従事者

（他メンバーのマネジメントを実施していない者。求人者担当と求職者担当が異なる場合は各1名ずつ計2名を指定。）

Ｄ：その他陪席者（必要な場合のみ：画面共有の操作を行う役割を担う方か、管理部門の方の同席に限ります。各1名ずつまで。）

・複数の事業所を有する場合、ＢとＣは、異なる事業所に勤務する方をご指定ください。

・複数職種の申請を希望し、職種ごとに対応組織が異なる場合、ＢとＣは、異なる組織に勤務する方をご指定ください。

**【医療分野】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **役割** | **氏名** | | | **所属／役職** | | **主に勤務する**  **事業所** | **職業紹介に関する経歴** |
| **A** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **B** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **①** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **②** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **D** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |

**【介護分野】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **役割** | **氏名** | | | **所属／役職** | | **主に勤務する**  **事業所** | **職業紹介に関する経歴** |
| **A** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **B** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **①** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **②** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **D** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |

**【保育分野】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **役割** | **氏名** | | | **所属／役職** | | **主に勤務する**  **事業所** | **職業紹介に関する経歴** |
| **A** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **B** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **①** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **C**  **②** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |
| **D** | 漢字 |  | | 部署 |  |  |  |
| ふりがな |  | | 役職 |  |
| メールアドレス | |  | | | |

※必ず確認をしてください※

　☐ 名前漢字、ふりがな、メールアドレス、部署、役職、事業所、経歴、すべて入力されていますか。

　☐ 複数の事業所がある場合、役割Bと役割Cは異なる事業所に勤務している方になっていますか。

　☐ 役割Bは、職業紹介従事者を管理している、研修の実施や業務上の報告や相談を受けている方ですか。

　☐ 役割C①とC②がいる場合、C①は求人者担当の方ですか。

　☐ 役割C①とC②がいる場合、C②は求職者担当の方ですか。

資料１

**令和７年度医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度）運営要領（抜粋）**

第6－4（6）

適正事業者として認定された者は以下の責務について十分に認識し、事業運営を行わねばならない。

* + 1. 法令を遵守すること。
    2. 医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度の実施に関し、審査員及び受託運営事務局による必要な調査・確認の求めがあった場合には真摯に応じること。
    3. 協議会及び受託運営事務局による求人者からの苦情のフィードバックや対応の回答の求めがあった場合には真摯に応じること。
    4. 認定基準に関わる事項について、認定時の状況に変更がある場合には、速やかに受託運営事務局に申し出ること。
    5. 社名変更、合併、分社化等が行われた場合には、遅滞なく受託運営事務局に届け出ること。