

代表者・役員の変更

※ 再交付 年月日 年 月 日
書換

~~許可証再交付申請書~~ ~~労働者派遣事業変更届出書~~ ~~労働者派遣事業変更届出書及び許可証書換申請書~~

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

厚生労働大臣 殿

代表者・役員の変更の場合、「2・4」以外を抹消してください。

代表者の変更の場合、**新代表者名**を記載してください。

申請者 ○○株式会社
届出者 代表取締役△△ △△

- ~~労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第8条第3項の規定により下記のとおり許可証の再交付を申請します。~~
- 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第11条第1項の規定により下記のとおり届け出ます。
- ~~労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第11条第4項の規定により下記のとおり許可証の書換えを申請します。~~
- 届出者（法人にあっては役員を含む。）（届出者が未成年の場合、その法定代理人をいう。）については、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第6条各号（第3号を除く。個人にあっては第3号及び第11号を除く。）のいずれにも該当しないこと並びに届出者が精神の機能の障害により認知、判断又は意思疎通を適切に行うことができないおそれがある者である場合には該当する全ての者の精神の機能の障害に関する医師の診断書が添付されていることを誓約します。
- ~~労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第36条の規定により選任する派遣元責任者については、同法第6条第1号、第2号及び第4号から第9号までのいずれにも該当しないこと、未成年者に該当しないこと、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行規則第29条の2第1号に規定する基準に適合すること並びに派遣元責任者が精神の機能の障害により認知、判断又は意思疎通を適切に行うことができないおそれがある者である場合には該当する全ての者の精神の機能の障害に関する医師の診断書が添付されていることを誓約します。~~

記

1 許可番号	派23-○○○○○○	2 許可年月日	平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
3 (ふりがな) 氏名又は名称	○○かぶしきがいしゃ ○○株式会社		
4 住所	〒 (460-0003) 愛知県名古屋市中区錦○丁目○番地○ (052) 219 - ○○○○		
5 (ふりがな) 代表者の氏名 (法人の場合)	だいひょうとりしまりやく ○○○○ ○○ 代表取締役○○ ○○		変更前の代表者名を記載してください。
6 (ふりがな) 事業所の名称			
7 事業所の所在地	〒 () -		

代表者・役員の変更の場合、「6、7欄事業所の名称、所在地」は記載不要です。
ただし、代表者・役員が派遣元責任者を兼任する場合は、その事業所の名称、所在地を記載してください。

収入印紙 (消印してはならない。)

代表者・役員の変更の場合、収入印紙の貼付は**不要**です。

8 変更の内容									
変更に係る事項		変更後			変更前			変更年月日	
① (ふりがな) 氏名又は名称								年 月 日	
② 住 所		〒 () () -			〒 () () -			年 月 日	
③ 代表者の氏名 (法人の場合)		○○○ ○○○ △△ △△			○○○○ ○○○ ○○ ○○			令和○年 ○○月○○日	
④ 役員の氏名及び住所 (注) の場合)		(ふりがな)	○○○ ○○○		(ふりがな)	○○○○ ○○○		令和○年 ○○月○○日	
		氏 名	△△ △△		氏 名	○○ ○○			
		住 所	(住所) 東京都千代田区九段南〇-〇-〇 〇〇マンション502号室 (居所) 愛知県名古屋市中区平和が丘〇丁 目〇番地〇 マンション〇〇1001号室		住 所	愛知県名古屋市中区栄〇丁目〇番 地〇 〇〇マンション101号室			
⑥ 事業所の所在地		〒 () () -			〒 () () -			年 月 日	
⑦ 特定製造業務への 労働者派遣		開始年月日		年 月 日		終了年月日		年 月 日	
⑧ 派遣元責任者の氏 名、住所等		(ふりがな)			(ふりがな)			年 月 日	
		氏 名			氏 名				
		住 所			住 所				
		備考			備考				
⑨ 労働者派遣事業を行う事業所の新設									
イ 事業開始年月日					年 月 日				
ロ (ふりがな) 事業所の名称									
ハ 事業所の所在地		〒 () () -			() -				
ニ 特定製造業務への労働者派遣の実施の有無					1 有		2 無		

変更対象役員が複数人いる場合、エクセルシートに行を挿入するか、別紙に記載してください。

事情により住民票記載の住所と居所が一致しない場合は、居所も記載してください。

就任日と退任日が異なる場合には、それぞれ記載してください。
就任日：令和○年○月○日
退任日：令和○年○月△日

ホ 派遣元責任者の氏名、職名、住所等					
(ふりがな)	職 名	住 所	製 造 業 務 専 門	キ リ 担 者	ヤ ア 当
氏 名					
ヘ キャリアコンサルティングの担当者の氏名及び職名 (ホと同じ者の場合は記載を要しない)					
(ふりがな)	職 名	備 考			
氏 名					
※					
⑩ 労働者派遣事業を行う事業所の廃止					
(ふりがな)	イ 事業所の名称				
ロ 事業所の所在地	〒 () () -				
ハ 廃止年月日	年 月 日				
ニ 事業所の廃止理由					
※					
9 再交付を申請する理由					
※					
10 備 考	担当者：〇〇課 役職名：総務課長 〇〇 〇〇 電話：052-219-〇〇〇〇				

申請担当者の職名・氏名・事業所の電話番号を記載してください。