市内全従業員リスト (年月 日現在 ※協定締結日時点)

※事業所番号は、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」等で確認してください。

氏	名	/)	ΠĒ	資格取得年月日 事業所整理番号·事業所番号
生 年)	月日	住	所	雇用保険被保険者番号 健康保険·厚生年金被保険 者 整 理 番 号
				年 月 日
年月	日			
				年 月 日
年月	日	-		
				年 月 日
 年 月	 日	-		
				年 月 日
 年 月	 日	-		
·				年 月 日
———————————— 年 月	日	_		
	<u> </u>			年月日
<i>F</i> 0		-		
年月	日			年 月 日
		_		
年月	日			年月日
				十 万 口
年月	日			
				年 月 日
 年 月	日	-		
				年 月 日
 年 月	日	_		

上記のとおり相違ございません。

年 月 日

所在地

名 称

代表者

市内全従業員リスト (年月 日現在 ※対象期間末日時点)

※事業所番号は、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」等で確認してください。

氏		名			資格取得年月日 事業所整理番号・事業所番号
生 年 月 日		住所	雇用保険被保険者番号 健康保険·厚生年金被保険 者整理番号		
					年 月 日
年	月	月			
					年 月 日
年	月	月			
					年 月 日
年	月	日			
					年 月 日
年	月	日			
					年 月 日
年	月	日			
					年 月 日
 年	月	日			
					年 月 日
 年	 月	 月			
					年 月 日
 年	 月	 月			
					年 月 日
 年	 月	 日			
					年 月 日
 年	 月	日			

上記のとおり相違ございません。

年 月 日

所在地

名 称

代表者