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 生 年 月 日	住　　所	資 格 取 得 年 月 日 事業所整理番号・事業所番号 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
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
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 生年月日	住　　所	資格取得年月日 事業所整理番号・事業所番号 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
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
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　　㊞