

事業所名〔 〕

労働者名簿

労働者	フリガナ		性別	男	女
	氏名		生年月日	年 月 日	
			S・H		
現住所	〒	電話番号	-()-		

雇入れに関する事	雇入れ年月日		従事する労働者の職種	取得区分(どちらかに○を付ける)		
	年 月 日			新規 再雇用		
	報酬 (予定)	1週間の所定労働時間(実働) 週()時間()分		・時間給	円×	
		労働契約期間 有・無		・日給	円× 日	
				・月給	円	
	区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 1. <input type="checkbox"/> 【週の労働が20時間以上30時間未満】 (パート含む)、31日以上雇用見込み有り 2. <input type="checkbox"/> 【週の労働時間が30時間以上】 <input type="checkbox"/> 被保険者対象外 【31日以上雇用見込がない。若しくは週の労働時間が20時間未満】				
	職歴	期 間		勤務先		
			
			
	マイナンバー:			備考		
雇用保険番号:						
◎給料の支払い条件↓						
日締め 日支払い						

離職に関する事	退職年月日(喪失年月日)		退職理由	
	年 月 日			
	離職票の交付		※解雇の場合、予告しましたか	
	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 (注)必要な場合は別途書類必要		<input type="checkbox"/> はい (平成 年 月 日予告) <input type="checkbox"/> いいえ	

備考	※健康保険記号・番号 ()
	※基礎年金番号 ()
	※厚生年金基金番号 ()

必要事項を記入の上、商工会にFAX若しくは持参下さい。

大野城市商工会 (FAX) 581-3703