

労働者名簿

ふりがな																	
氏名																	
生年月日	昭平	年	月	日生	性別	男・女											
住所	〒 TEL																
業務の種類																	
事業所名											事業主名						
事業所の所在地	〒 TEL																
賃金	1ヶ月				円			締切日 支払日		翌月 日締		翌月 当月 日支払					
雇入年月日	年 月 日																
雇用期間	定めあり（期間 年 月まで） ・ なし																
雇用形態	正規 ・ パート ・ 日雇 ・ 契約社員 ・ その他（ ）																
労働 保険 番号	府県	所掌	管轄	基幹番号					枝番号			雇用保険 事業所 番号					
	3	4	3	0	1	9	0	0	0								
解雇・退職 又は死亡	年 月 日 解雇・退職・死亡																
	事由																
<p>前職履歴（有・無）※ありの場合、雇用保険被保険者証を添付ください。（コピーでも可） ※見当たらない場合、下記へ会社名・退職日を記入ください。 番号が分かる場合は番号の記入をお願いします。</p> <hr/> <hr/> <hr/>																	
備考																	