

# 労働者名簿

下松商様式-労1号

被保険者氏名	ふりがな						変更後の氏名				
							ふりがな				
個人番号(マイナンバー)											
※個人番号の本人確認は、事業所においてお願いします。											
生年月日	昭・平 年 月 日生										
現住所	〒 -						性別				
							男・女				
雇入年月日	平成 年 月 日雇入										
雇用期間	1. 期間の定めなし										
	2. 期間の定めあり 平成 月 日 から 平成 月 日 まで 契約更新の可能性 有 ・ 無										
賃金額	1. 時間給 2. 週給 3. 日給 4. 月給 5 その他 円 ( 円/月)										
賃金の締切日	日				賃金の支払日			日			
1週間の所定労働時間	時間/週										
職種											
経歴	1. 新規										
	2. 職歴あり 事業所名 ( ) ( )										
雇用保険番号											
取締役・理事・監査役である	1. 該当する					2. 該当しない					
事業主と同居の親族である	1. 該当する					2. 該当しない					
※ 下記項目は、貴事業所退職時にご記入ください											
離職票の交付	1. 希望する					2. 希望しない					
退職年月日	平成 年 月 日										
退職理由	1. 会社都合 (詳細な理由 ) 2. 自己都合										

事業所所在地

事業所名

事業主名

担当者名

連絡先電話番号

※この用紙は、コピーを下松商工会議所へご送付ください。 また、特定個人情報保護のため、雇用保険の手続き終了後にシュレッダー廃棄いたしますのでご了承ください。