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
		※変更年月日 年　月　日
個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)		
※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 令和　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　令和　月　日　から 令和　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・令和　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。