

事業所登録台帳

提出日 年 月 日

事業所概要	フリガナ				創立	年 月
	事業所名				資本金	万円
					従業員数	人
	代表者の氏名	〒			T E L	
					F A X	
	事業所所在地				社会保険加入状況 加入している場合○印を記入してください。	
	事業概要				雇用保険 ⇒	<input type="checkbox"/>
	営業許可・認可番号				日雇雇用保険 ⇒	<input type="checkbox"/>
	主な受注先				健康保険 ⇒	<input type="checkbox"/>
	雇用保険適用事業所No.		-		日雇健康保険 ⇒	<input type="checkbox"/>
	労働保険No.		-		労災保険 ⇒	<input type="checkbox"/>
	宿 舎	(ある場合は右欄に○印) ⇒			厚生年金 ⇒	<input type="checkbox"/>
	〒		TEL		備考	
宿 舎 所 在 地						
連絡先	〒		TEL	FAX		
	所在地					
	緊急連絡先(早朝)	ご担当者名	_____	電話又は携帯	_____	
	ご担当者以外の連絡先	①	_____	電話又は携帯	_____	
		②	_____	電話又は携帯	_____	
	③	_____	電話又は携帯	_____		
上記記載内容に相違なく、求人企業として登録いたします。						
年 月 日		ご担当者名		○印		

求人目的	日 雇	<input type="checkbox"/>	事業所登録番号		産業分類	
	ホームレス	<input type="checkbox"/>				
労働センター記入欄	参考資料として添付しているものに○印を入れる。					
	・当社関連パンフレット		⇒	<input type="checkbox"/>		
	・地区		⇒	<input type="checkbox"/>		
	・求人の資料(ハローワーク、求人広告他)		⇒	<input type="checkbox"/>		
	・関連ご担当者の御名刺		⇒	<input type="checkbox"/>		
	・その他()		⇒	<input type="checkbox"/>		
	記載内容変更履歴					
	変更年月日		変更内容			
	. .					
	. .					
. .						
. .						
事業所登録承認印			備考			
所 長	副 所 長	センター長	係 員		担 当	

※ この事業所台帳にご記入いただきました個人情報、公益財団法人神奈川県労働福祉協会の個人情報保護規程及び当センターの無料職業紹介業務取扱要領に基づき、責任をもって管理し、職業紹介業務の目的のみに利用させていただきます。