

事業所登録票

太枠で囲んだ項目を記入してください（*印欄はセンターで記入）

登録日	* 年 月 日	雇用保険 事業所番号		
フリガナ				
事業所名				
代表者名		担当部署		
		担当者名		
創業設立	年 月 日	資本金	万円	
所在地	〒 —			
最寄り駅	線	駅	徒歩 分	
			バス停から徒歩 分	
電話番号	()	FAX	()	
所在地の地図				
事業内容				
会社の特長				
加入保険等	<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 財形 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他			
その他	退職金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	勤続 年以上	住宅施設 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	定年制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歳	託児所施設 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	再雇用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		育児休業実績 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	勤務延長	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		介護休業実績 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		労働組合 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ホームページ				
E-mail				