

Table with columns: 常務理事, 事務長, 担当者

年 月 日提出

事業所番号

押印省略できません。数字は右詰で記入してください。

受付印

提出者記入欄

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話番号



社会保険労務士記載欄 | 氏名等



被保険者1 form with fields for insurance number, name, birth date, acquisition date, salary, and address.

被保険者2 form with fields for insurance number, name, birth date, acquisition date, salary, and address.

被保険者3 form with fields for insurance number, name, birth date, acquisition date, salary, and address.

被保険者4 form with fields for insurance number, name, birth date, acquisition date, salary, and address.