

(様式)

提出された雇用保険被保険者資格取得等確認通知書に記載の常用労働者について

提出日	年 月 日
企業等の名称	

(該当項目を記載又は☐を入れてください。)

常用労働者 1 (女性①)	フリガナ		雇 入 れ 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	勤 務 先 事業所名称				
	雇 用 形 態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
常用労働者 2 (女性②)	フリガナ		雇 入 れ 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	勤 務 先 事業所名称				
	雇 用 形 態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
常用労働者 3 (相談窓口 に配置する予定 の従業員)	フリガナ		性 別 男・女	雇 入 れ 年 月 日	年 月 日
	氏 名				
	勤 務 先 事業所名称				
	雇 用 形 態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
	相談窓口の 要件確認	☐ 休業・休職中ではない			

※ 常用労働者3 (相談窓口に配置する予定の従業員) が、常用労働者1又は2 (女性①又は②) と同一人物の場合も、必ず全ての項目に記載してください。