

事業所登録票

登録 No.

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
	有休	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		労働組合	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
有給休暇条件	[]				
受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> あり（場所： ） ・ <input type="checkbox"/> なし				
ホームページ					
E-mail					