

入 社 手 続 き 依 頼 書

担当者名 _____ 印

ふりがな 氏 名	男 女	職 種	
		生年月日	昭和 年 月 日
ふりがな 住 所	〒 _____		
入 社 日 (雇保加入日)	平成 年 月 日	月額給与	(諸手当を含む)
		月額交通費	
雇用保険証のコピー (紛失の場合は履歴書添付) 労働時間 時間 分 (日数 日)			

社会保険加入事業所のみ記入

①基礎年金手帳のコピー (被扶養配偶者分も) <small>*紛失の場合は履歴書・住所歴を記載したものを添付</small>	②扶養家族(有・無) *有の場合は、扶養家族の氏名・ ふりがな・生年月日・性別・続柄・職業などの分かる履歴書添付
---	---

扶養する家族	ふりがな 氏 名			
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
	続柄			
	性別	男・女	男・女	男・女
	ふりがな 氏 名			
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日
	性別	男・女	男・女	男・女

・扶養家族が有る場合は、扶養異動届 (被扶養配偶者ありの方は3号届出も) に押印してください

FAX 0995 (67) 7038 送付可

問い合わせ先：山内社会保険労務士事務所
電話：0995 (65) 3070