

雇用保険適用事業所情報提供請求書

事業所名		事業所番号	33 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
事業所所在地			
依頼する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適用事業所台帳ヘッダー2 <small>※ 適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数等を確認していただけます。</small>		
<p>上記のとおり、適用事業所情報の提供（写しの交付）を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岡山 公共職業安定所長 殿 （岡山労働局経由）</p>			
請求者	<p>（事業主）</p> <p>所在地：</p> <p>名 称：</p> <p>代表者氏名： Ⓜ</p> <p>電話番号：</p>		

本様式は、岡山県が実施する岡山県事業継続特別支援金制度の専用様式です。他の目的に使用することは出来ません。

岡山県事業継続特別支援金制度以外で「雇用保険適用事業所情報提供」が必要な場合は、管轄ハローワークの様式により管轄ハローワークで手続きを行ってください。

（安定所処理欄）

確認者	操作者