

入 社 連 絡 表

事業所名

フリガナ			
氏 名	男 ・ 女		
フリガナ			
住 所	〒 ー		
電 話 番 号	()		
生 年 月 日	大・昭・平	年	月 日
雇入れ年月日	平成	年	月 日
社会保険取得日	平成	年	月 日
給 料	支払い総額	円	
	残業見込 通勤費(月額)	円 円	
	合 計	円	
雇 用 形 態 (○をつけて下さい)	賃金形態 (月給・日給・時給) 労働時間 (30時間未/週・30時間以上/週)		
仕 事 の 種 類			
入 社 の 経 路	職安 広告 学校 その他()		
特 記 事 項	必要の都度ご記入下さい。		

依頼日 年 月 日

基礎年金番号	有 ・ 無 (有の方はコピーを添付して下さい。)		
雇用保険者証の添付	有 ・ 無 (不明の際は、前職を記入)		
記号 ・ 番号			
扶養家族 : 有 (人)	無	年金手帳再交付 :	有 ・ 無

氏 名	生 年 月 日	続柄	職業	収入	学校名・学年
フリガナ	大・昭・平				
	・				
	・				
フリガナ	大・昭・平				
	・				
	・				
フリガナ	大・昭・平				
	・				
	・				

*この欄は社会保険を取得する際のみご記入して下さい。
 *被扶養者の認定基準がご不明の際は、ご連絡下さい。
 *学生の場合は、学校名及び学年を記入して下さい。
 *学生以外の方は、職業及び収入額を記入して下さい。
 (例 : 無職 年金収入 / パート 月5万)
 *添付書類については、後日連絡いたします。

※保険加入にかかわらず、外国人労働者雇入れの場合記入

国 籍		在 留 資 格	
在 留 期 限	西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有 無	有 ・ 無

*外国人登録証明書または旅券(パスポート)、資格外活動許可書または就労資格証明書を添付して下さい。
 (外国人を雇用する場合は、職安への届出が義務化されています。)

あすか社会保険労務士法人
 TEL0246(38)9001 FAX0246(24)3243