

# 入 社 連 絡 票

事業所名 \_\_\_\_\_

1	フリガナ 氏 名			性別	男	女	職 種	常 用	パート	
				常用・パートの別						
2	生年月日	昭和・平成 年 月 日								
3	住 所									
4	入 社 日	平成 年 月 日								
5	雇用期間	期間の定めなし		・ 期間の定めあり (平成 年 月 日～平成 年 月 日)						
6	給 料	月給制	日給制	日給月給制	時給	(残業、諸手当含む総額の見込み 円)				
7	前 職	事業所名	期 間		年 月～ 年 月					
8	扶養家族	フリガナ								
		氏 名								
		生年月日								
		続 柄								
		収入の有無	有		無		有		無	

○ 基礎年金番号 \_\_\_\_\_

○ 雇用保険被保険者番号 \_\_\_\_\_

\*扶養家族で年金受給者がおられる場合は、年金額わかる資料(改定通知書)のコピーを送付ください。

\*被扶養配偶者等にパート収入等がある場合は、別途証明をおとりいただきます。

事業所所在地	印
事業所名称	
事業主氏名	
事業所担当者	