

# 事業所登録シート

登録日：令和 年 月 日

※雇用保険適用事業所番号を記入して下さい。

変更	空白：新規 1：変更	変更 箇所	1	2	3	4	5	6	7

※事業所番号
--------

1	フリガナ 事業所名	-----		
	フリガナ 代表者名	-----		フリガナ 担当者名
2	所在地	〒		
3	電話番号		FAX	
	e-mail			
4	加入保険等	雇用・労災・健康・厚生・その他（	退職金制度	あり ・ なし
	定年制	あり（一律） ____歳 ・ なし	勤務延長	あり ____歳 ・ なし
5	創業設立	明・大・昭・平 ____年	資本金	____億 ____万円
6	業務内容	<input type="checkbox"/> 稲作 <input type="checkbox"/> 畑作 <input type="checkbox"/> 施設野菜 <input type="checkbox"/> 露地野菜 <input type="checkbox"/> 花・観葉植物 <input type="checkbox"/> 工芸作物（お茶・たばこ等） <input type="checkbox"/> 果樹 <input type="checkbox"/> 酪農 <input type="checkbox"/> 肉用牛 <input type="checkbox"/> 繁殖牛 <input type="checkbox"/> 養豚 <input type="checkbox"/> 養鶏 <input type="checkbox"/> 有機農業 <input type="checkbox"/> 観光農業 <input type="checkbox"/> 農産加工 <input type="checkbox"/> その他（            ） <b>【具体的に】</b>		
7	会社の特徴			