

雇用保険被保険者でないことの証明書

下記の者は、雇用保険被保険者でないことを証明します。

記

氏名： フリガナ

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

住所： 〒

_____ 以上

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

連絡先電話

担当者氏名
