別紙１０

支出負担行為担当官

神奈川労働局総務部長　殿

平成　　年　　月　　日

住所（又は所在地）

商号又は名称

代　 表 　者 　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　当社の役員に関する事項について、下記のとおり事実と相違ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 役職 | 氏名 | 生年月日 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| １０ |  |  |  |
| １１ |  |  |  |
| １２ |  |  |  |
| １３ |  |  |  |
| １４ |  |  |  |
| １５ |  |  |  |
| １６ |  |  |  |
| １７ |  |  |  |
| １８ |  |  |  |
| １９ |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |

※　本様式に記載すべき事項が掲載されているものであれば、任意の書式等でも差し支えありません。