

公 示

下記の事業所における被保険者について、雇用保険法第9条により雇用保険被保険者資格喪失の確認を行ったので、同法施行規則第9条第2項により公示します。

なお、この処分に不服がある場合には、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に熊本労働局雇用保険審査官に対して審査請求をすることができます。

記

適用事業所番号	事業所名	所在地
4301-626573-8	株式会社 MY STYLE. JAPAN	熊本市中央区大江三丁目 6-8 三祐ビル2F-A

被保険者数	離職年月日
1 名	令和8年5月28日

令和 8 年 10 月 14 日

熊本公共職業安定所長