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
4301-627348-0	ハイヴィレッジ合同会社	熊本市中央区新市街３－７ アクアビルＢ１Ｆ

被保険者数	離職年月日
1名	令和5年9月30日

令和　8　年　11　月　10　日

熊本公共職業安定所長