**事業所別マルチジョブホルダー番号照会結果（写し）交付請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **事業所所在地** |  | | |
| **依頼する情報**  **（希望するものに○）** | **・　マルチジョブホルダー番号照会**  ※　請求日時点において、被保険者資格を取得中の方の情報を確認していただけます。  （１）照会区分 ①取得中  （２）提供方法　　 ①書面　　②ＵＳＢ（暗号化機能のついていないもの） | | |
| **上記のとおり、適用事業所情報の提供（　閲覧　・　写しの交付　）を請求します。**  **令和　　年　　月　　日**  **公共職業安定所長　殿** | | | |
| **事業主** | **（事業主又は労働保険事務組合）**  **所在地：**  **名称：**  **代表者氏名：**  **電話番号：** | | |

※事業主（当該事業所の従業員を含む）であることを確認する書類（社員証等）を添付・持参してください。

※代理人（社会保険労務士等）に請求を委任する場合には、以下にも記入してください。

委　任　状

下記の２の者を代理人として、下記１に規定する権限を委任します。

記

１　権限　　　　　適用事業所情報の提供を請求することについての一切の権限

２　代理人

（住　所）

（氏　名）

（事業主）

所在地：

名称：

代表者氏名：

* 郵送での提供を依頼される場合は、返信用封筒を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |

【京雇適用16】（R05.10）