（別紙１）

ハローワーク篠ノ井　雇用保険課適用係　あて

申込期限：令和７年1月１４日（火）まで

雇用保険適用業務照合省略事業所事務担当者研修会出席者報告書

所 在 地

事 業 所　 名 称

電話番号

雇用保険適用事業所番号　２００７－　　　　　　　　―

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所 属 課・職 名 | ふ り が な  氏　　　 　名 | 研修会の出欠  （いずれかに○印） |
|  |  | 出　・　欠 |
|  |  | 出　・　欠 |
|  |  | 出　・　欠 |

* 当所の事務処理を円滑に進めるため、**研修会への出欠にかかわらず、事務担当者の方の**

**氏名等の報告をお願いします（全員欠席の場合も報告願います。）。**

* 参加者が変更（追加）となった場合は、必ず報告期日までにご連絡ください。
* 提供いただいた情報は適正に管理し、雇用保険関係業務のみに使用します。
* 研修会で取り上げてほしいご質問等がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

ハローワーク篠ノ井　雇用保険課　適用係

メールアドレス：ご案内通知にてご確認ください

〒388-8007

長野市篠ノ井布施高田８２６－１

電話　026-293-8609（ナビダイヤル２）