

*任意様式（滋賀局用）

照会年月日：令和 年 月 日

滋賀労働局長 殿
_____労働基準監督署長 殿

労働保険継続事業一括認可等確認照会票

1 照会理由

2 指定を受けている事業（指定事業）

	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
労働保険番号	25				
所在地					
名称					
担当者 氏名					
連絡先電話番号					

3 照会の区分 必要なものをチェック☑してください。

- 全ての被一括事業を照会
 その他（照会したい管轄地域、整理番号等を記載してください）

[_____]

<代理人（社会保険労務士等）に照会を依頼する場合は、以下にも記入願います。>
下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任します。

1 権限： _____

2 代理人 住所： _____

氏名： _____

電話番号： _____

担当者： _____

事業主

所在地 _____

名称 _____

氏名 _____

※ 照会については、指定事業を管轄する労働基準監督署又は滋賀労働局適用第二係あてに郵送（返信用封筒を同封してください）又は窓口で依頼してください。