様式

委　　　任　　　状

令和　　　年　　　月　　　日

【事業主】

所在地

名　称

代表者

連絡先

私は、下記２の者を代理人と定め、下記１についての権限を委任します。

記

１　権限

雇用保険の被保険者関係手続きの確認のため、事業所別被保険者台帳の提供を求めることについての一切の権限

２　代理人

住　所

氏　名

連絡先