

様式 10 号

会社基本情報登録依頼書

ADR 社会保険労務士法人 御中

会社の基本情報の変更を依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

社 名			フリガナ		
代 表 者	(フリガナ)		代表者職	代表取締役・取締役・代表社員 その他 ()	
所 在 地	〒 - (フリガナ)				
T E L			F A X		
給 与	() 日締 当月・翌月 () 日払		資 本 金	円	
昇 給 月	月 月 月	賞 与 月	月 月 月	定年年齢	歳
所定労働時間	1 日	時間	1 週間	時間	1 月 時間
所定労働日数	1 月	日	1 年	日	日
事業内容				会計期間	月 から 月
労災保険	番 号	-	-	-	-
	加入日	年 月 日	監督署名		
雇用保険	番 号	-	-	-	-
	加入日	年 月 日	職 安 名		
社会保険	事業所整理記号			事業所番号 (告知番号)	
	加入日	年 月 日	年金事務所名		
法人番号					

