

受 番	付 号	
--------	--------	--

基本カード

本店所在地		〒	
商号または名称		フリガナ	
代表者肩書・氏名		代表者名フリガナ	
代 理 人	支店名		
	代理人氏名	フリガナ	
	所在地	〒	
担当者所属・名		フリガナ	
電話・FAX番号		TEL	FAX
メールアドレス			

総資本	千円	職員数	人
自己資本	千円		

千円未満切捨て

保険加入・制度導入等（経審のない方のみ）

雇用保険加入	有・無・外	企業年金制度導入	有・無
健康・厚生年金保健加入	有・無・外	法定外労働災害保証制度加入	有・無
賃金不払い	件	業務災害による死傷者数	死亡者数 人
退職一時金制度の導入	有・無	負傷者数（連続休業4日以上）	人