**労　働　者　名　簿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 従事する  業務の  種類 |  |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | 性  別 | 男  　女 | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | |
| * 緊急時の   連 絡 先  住　　所 | 〒 | | | | | 氏名  　　　　　　　　TEL | | | |
| 雇入年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 解　　雇  退　　職  又　　は  死　　亡  及　　び  その事由 | 解雇　・　退職　・　死亡 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 事由 | | | | | | | | |
| 履　歴 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ＊健　康　保　険　番　号 | | ＊基　礎　年　金　番　号  （厚生年金基金加入員番号） | | | | | ＊雇用保険被保険者番号 | | |
|  | |  | | | | |  | | |

（注）「従事する業務の種類」の欄は、常時３０人未満の労働者を使用する事業場で記入する必要はありません。

* 印欄は、労働基準法及び同施行規則によって記入を求められている項目ではありません。

　現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入してください。