送り先 ※出来る限りメールで返信をお願いします。

mail: singen@toukeikyo.or.jp FAX:03-5818-2388

送付状は不要ですのでこのまま送信してください。

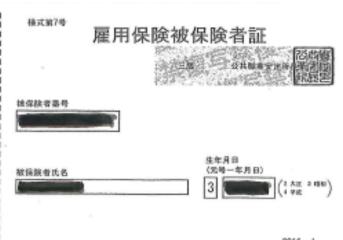
(一社)東京都警備業協会 教育担当

本

雇用保険被保険者証返信票

会社	± 名	㈱東京警備保障					ピンクのセルの赤文字で記載してある所は全て記入して下さい。				
受講者氏名 田中 二				=	郎		受講した種別、年号をセルから選択してください。				
受講月	•種別	令	和	**	年	**	月	種別	選	択して	ください🌣
●加入されていない場合は該当箇所にチェックを入れて下 施設警備 交通誘導											
	□ 1. 一週間に20時間以下の勤務での雇用で加入してしてい										
	2. 加	2. 加入前に退職され <mark>雇用保険に加入されていない場合は</mark> 該当項目をチェックしてください。									
	3. そ	その他(1,2以外の理由で未加入の場合は						
【雇用保険被保険者証(被保険者) 3.その他に理由を記載してください。											

<キリトリ> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (被保険者通知用)。 ご的物 (本の表現を定義を選挙的)。 (本の表現を定義を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を								
被保険省番号	株駅 (美理) 運知年月日	資格取得年月日 版保險者福度 						
被保険省氏名		生年月日 (元号一年月日) (元号一年月日) (2 大京 2 刊印)						
事業所名称称		転動の年月日						







送り先 ※出来る限りメールで返信をお願いします。

mail: singen@toukeikyo.or.jp FAX:03-5818-2388 送付状は不要ですのでこのまま送信してください。

(一社)東京都警備業協会 教育担当宛

雇用保険被保険者証返信票

会 1 	·I 名									
受講	者 氏 名									
受講月	•種別	令	和	年	月	種別				
●加入されていない場合は該当箇所にチェックを入れて下さい。										
	1. 一週間に20時間以下の勤務での雇用で加入していない									
	2. 加入前に退職されてる									
	3. その他()									

【雇用保険被保険者証(**被保険者通知用か事業者通知用**)添付欄】