

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 平成 年 月 日 提出

社會保險勞務士記載欄

## 受付日付印

事業所所在地 〒 一  
事業所名称  
事業主氏名 (印)  
電話 ( ) 局 番

◎※印欄は、記入しないでください。

◎記入方法並びに印字されている数字の説明が裏面にありますので、よく読んで記入してください。