ご委託者専用様式３

ご郵送の際は、記録の残る方法（特定記録等）でご送付くださいますよう、お願いいたします。

平成　　年　月　日

社会保険労務士法人　開東社会保険労務事務所　宛

雇用保険被保険者個人番号提供表

事務所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号取扱担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

下記の個人番号は、当事務所の所員の番号であることを確認し、提供します。

平成　　年　月　日

＿＿＿＿＿＿＿＿事務所御中

個人番号報告書

私の個人番号を報告します。
また、以下の利用目的のため、委託先である社会保険労務士法人　開東社会保険労務事務所に個人番号を提供することに同意いたします。

ｱ　雇用保険被保険者資格取得届・資格喪失届の作成事務
ｲ　雇用保険被保険者の個人番号登録・変更届の作成事務

氏名	
個人番号	