

## 再委託事業者通知書

## ①貴社名

商号または社名	フリガナ

## ②委託事業者その1

事業者名	フリガナ		
所在地	フリガナ		
	〒		
電話番号		FAX	
労働保険番号	雇用保険番号 ( ) 労災保険番号 ( ) <input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
社会保険番号	健康保険番号 ( ) 厚生年金番号 ( ) <input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
法定外労働者災害補償保険 加入の有無	保険会社名 ( ) 保険名称 ( ) <input type="checkbox"/> 加入していない		
社有車両の任意自動車保険加入内容	対人 <input type="checkbox"/> 無制限	・ <input type="checkbox"/>	千円
	対物 <input type="checkbox"/> 無制限	・ <input type="checkbox"/>	千円
	<input type="checkbox"/> 加入していない		

## ③委託事業者その2

事業者名	フリガナ		
所在地	フリガナ		
	〒		
電話番号		FAX	
労働保険番号	雇用保険番号 ( ) 労災保険番号 ( ) <input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
社会保険番号	健康保険番号 ( ) 厚生年金番号 ( ) <input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
法定外労働者災害補償保険 加入の有無	保険会社名 ( ) 保険名称 ( ) <input type="checkbox"/> 加入していない		
社有車両の任意自動車保険加入内容	対人 <input type="checkbox"/> 無制限	・ <input type="checkbox"/>	千円
	対物 <input type="checkbox"/> 無制限	・ <input type="checkbox"/>	千円
	<input type="checkbox"/> 加入していない		

受託内容について、以上の協力業者に再委託することを通知します。

\*根拠規程: 文書取扱規程第13条2項

・保存期間:【3年】総務・庶務関係(8)参照の必要性のある文書

貴社御確認印欄	
上 席 様 の 御 承 認	御担当者様