

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。

貴社御確認印欄	
上席様の御承認	御担当者様

*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