

雇入れ通知書

労働保険事務組合

滋賀県医師協同組合

事業所名 _____

個人情報の取扱について当事務組合に得たこの情報を手続きの一切のために労働局に提供します。
これらの個人情報の取扱に同意します。

フリガナ		一週間の時間数	時間	仕事の内容
氏名		生年月日	年 月 日 男 女	医師 看護師
住所	〒			薬剤師 事務
雇入れ日	令和 年 月 日	電話番号		その他()
雇入れ期間	定めなし・定めあり(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで/更新の可能性 有・無)			
就業・終業時刻	定時勤務	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間 分	月 火 水 木 金 土 日
		時 分 ~ 時 分	うち休憩時間 分	月 火 水 木 金 土 日
	交代制等	時 分 ~ 時 分	うち休憩時間 分	月 火 水 木 金 土 日
雇用形態	職員(社員) パート	日雇	季節的雇用	その他()
休日	毎週	曜日		
基本賃金	時間給	日給	月給	円
その他の賃金	通勤手当	円	手当	円
	手当	円	手当	円
休暇	年次有給休暇 1年以上継続勤務した場合 法定とおり ()			
	その他休日			
賃金締切日	日	賃金支払日	日	賞与 有 無
				昇給 有 無
				退職金 有 無
過去の勤務先 被保険者番号	前勤務先(年 月まで/ 勤務先名) 雇用保険加入あり (被保険者番号 - -) ・ 雇用保険加入なし			
その他				

※出勤簿(タイムカード)の添付をお願いいたします。 ※マイナンバー(個人番号)をお知らせください。