



様式2号

提出先: 介護労働安定センター 支部

提出日: 令和 年 月 日

賃金不払事故補償脱退届

受付印	
支部	本部

紹介所名※ 所長名				印
住所				
電話番号		FAX番号		

※紹介所が脱退する場合は、ケア・ワーカー名の記載は必要ありません。

No.	フリガナ 氏 名	生年月日	No.	フリガナ 氏 名	生年月日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日
		T S H 年 月 日			T S H 年 月 日

(個人情報の利用目的)

本状記載の個人情報につきましては、賃金不払事故補償に係る登録手続きのために利用させていただきます。

様式3号

提出先: 介護労働安定センター 支部

提出日: 令和 年 月 日

職業紹介事業変更届

受付印	
支部	本部

紹介所名 所長名	印		
住所			
電話番号		FAX番号	

変更のあった項目のみの記載で構いません。

変更事項	旧内容	新内容	変更年月日
コード番号			
所属団体			
紹介所名			
フリガナ			
所長名			
住所			
電話番号			
FAX番号			

(個人情報の利用目的)

本状記載の個人情報につきましては、賃金不払事故補償に係る登録手続きのために利用させていただきます。