

ヒアリングシート

フリガナ					
事業所名					
事業所住所	(〒) 電話番号				
代表者名 (役職)			フリガナ		
	役職		氏名		
ご担当者様 (上記と別の場合のみ記入)	役職		氏名		
	業務内容				
労働保険番号	- -				
雇用保険適用事業所番号	- -				
全労働者数	人	資本金 (出資総額)	万円	就業規則	有 無
パートタイマー等 非正規雇用者数	人	主たる事業			
出退勤 管理	タイムカード ・ 出勤簿 ・ 日報形式				
給与形態 (複数回答可)	月給制 ・ 日給制 ・ 時間給制 ・ 年俸制 ・ その他()				
給与の計算期間及び支払日	毎月 日に締め切って計算し、(当月 翌月) 日に支払う				
<input checked="" type="checkbox"/> 欄	支給要件確認事項				
<input type="checkbox"/>	雇用保険を設置している				
<input type="checkbox"/>	社会保険を適用している(※法律上の要件に該当する場合)				
<input type="checkbox"/>	過去6カ月以内に事業主都合の解雇を出していない				
<input type="checkbox"/>	過去3年間に於いて助成金等について不正受給を行ったことがない				
<input type="checkbox"/>	労働保険料の滞納がない				
<input type="checkbox"/>	過去1年間に、労働関係法令違反により送検処分を受けていない				
<input type="checkbox"/>	暴力団の関与がない				
<input type="checkbox"/>	風俗営業事業ではない				