

協力雇用主へ登録をしていただける場合は本紙を切りとり必要事項を記入の上、福島保護観察所までFAX願います。

FAX 024-525-2182

協力雇用主 登録カード (記入日 平成 年 月 日)		※受理日	※取扱者
事業所・雇用主名	事業者名		雇用主名 (大正 昭和 年 月 日生)
所在地 電話番号	所在地 〒 -	TEL - -	FAX - -
取扱者・連絡担当者の 役職・氏名 (連絡先等)			TEL - -
事業内容・職種(詳しく) 従業員数	従業員 名		
雇 用 条 件	労働時間 残業時間 休日	時間 時 分 ~ 時 分, 残業 有 (月平均 時間) 無 休日(曜日・祭日・年次休暇・特別休暇など)	
	賃金・賞与 残業手当 通勤手当 その他諸手当の有無	月給・日給 円 ~ 円, 定期昇給有(年回) 無, 賞与 有 (回約 か月分) 残業手当 有 (1時間 円) 無 通勤手当 有 (円まで・全額) 無 その他諸手当 有 () 無 社会保険 有・無 退職金 有・無 作業衣 支給・支給しない	
	食事・寮設備等	寮設備 有(寮費 約 円) 無 食事給与・有 () 無	
	雇用主側の希望 (年齢・性別・経験 必要人数・その他)	年齢 歳 ~ 歳まで 性別 男性のみ・女性のみ・不問 必要人員 男 名, 女 名 () 職業経験の有無 不問・経験者のみ () その他の条件 ()	
	雇用保険の加入の有無 (該当するものに○)	1 労働者災害補償保険 2 雇用保険 3 健康保険 4 厚生年金保険	
	希望するメニュー (該当するものに○)	1 身元保証システム 2 トライアル雇用 3 職場体験講習	

- * ご不明の点があれば、福島保護観察所処遇部門2班までお問い合わせください。
- * 事業所付近までの地図等があれば添付、または裏面に略図を記載してください。
- * ※印は、記載しないでください。

電話 024-534-2246