番号	基金記載欄

事業所登録シート

該当に●		法人
		個人

申込日	令和　　年　　月　　日	(　　)新規　(　　)更新
基金受付日	令和　　年　　月　　日	

※登録保険適用事業所番号を記入してください。　　(　　)無

事業所番号(4桁-6桁-1桁)	

基本情報	(フリガナ)				
	法人名・個人名(屋号含む)				
	法人の場合:代表者	役職名		(フリガナ)	
				氏　名	
	所在地	〒　　ー			
	電話番号			FAX	
	E－mail				
	担当者	職・氏名			
		連絡の取れる電話番号など連絡方法			
	親会社がある場合:法人名と所在地	法人名			
		所在地			
事業所の内容	創業設立	*法人:登記した年　*個人:代表者が経営を開始した年 (　)明治以前　(　)明治　(　)大正　(　)昭和　(　)平成　(　)令和　　年			
	経営作目	(　)稲作　(　)畑作　(　)施設野菜　(　)露地野菜　(　)花・観葉植物 (　)工芸作物　(　)果樹　(　)菌茸　(　)酪農　(　)肉用牛 (　)養豚　(　)養鶏　(　)有機農業　(　)観光農業 その他〔　　〕			
	農業以外の事業				
制度導入状況・加入状況	加入保険	(　)労災保険　(　)雇用保険　(　)健康保険　(　)厚生年金　(　)その他[　　]			
	退職金制度	(　)有　(　)無			
	定年制	(　)有　⇒　一律の場合　　歳まで　(　)無			
	再雇用制度	(　)有　⇒　　歳まで　(　)無			
	勤務延長	(　)有　⇒　　歳まで　(　)無			
書類の交付方法		(　)書類の郵送のみ可　(　　)メールを希望　(　　)FAXを希望 (　)メール・FAXのどちらでも良い			

※記載の連絡先は、基金との連絡用に使用します。

※内容に変更が生じた場合は再度ご提出をお願いします。

(公社)長野県農業担い手育成基金