

# 労働者名簿

ふりがな						
氏名				役職		
現住所				生年月日		
				携帯電話		
勤務先名				血液型		
勤務先名				直近の健康診断受診日	※写し提出	
勤務先住所				血圧	～	
緊急連絡先	ふりがな		続柄	特殊健康診断名称		
	氏名			特殊健康診断受診日		
	電話番号					
<b>保険加入状況</b>						
健康保険		厚生年金保険		雇用保険		労災保険
<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 国保				<input type="checkbox"/> 適用除外( )		<input type="checkbox"/> 特別加入
個人事業主の方のみ 業務に関する保険加入の確認			<input type="checkbox"/> 賠償責任保険 <input type="checkbox"/> 業務災害保険			
<b>職務遂行上注意すべきこと(持病等)</b>						
<b>免許・資格・安全教育等 (写しを添付してください)</b>						
名	称	取得年月	名	称	取得年月	取得年月