様式第9号（第9条関係）

年　　月　　日

# 岐阜市雇用促進資金に係る従業員名簿

（あて先）
岐　阜　市　長

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
企業名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日時点の、従業員（雇用保険加入者）は下記　　人で相違ありません。

| 従業員氏名 | 雇用保険資格取得年月日 | 雇用保険被保険者番号 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |