

--

労働者災害補償保険加入確認書			
(発注者あて)		年 月 日	
殿			
		住所	
		受注者	
		氏名	印*
		〔法人の場合は名称 及び代表者の氏名〕	
下記のとおり労災保険加入証明書を提出します。			

文書番号 (契約番号)			
工事件名			
工事場所			
契約金額			
契約年月日	年 月 日	工 期	

監理業務受託者		担当者名	
---------	--	------	--

※ 受注者の押印を省略する場合は、以下を記載する。

[事務担当者]

所属： \_\_\_\_\_ 役職： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

(都職員使用欄)押印省略時の本人 確認日、確認方法及び確認者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> テレビ会議	(確認者氏名)
-----------------------------------	-------	---	---------