

## 電子申請に係る事業主の代理人選任届

申 請 日	年      月      日
事 業 所 番 号	
事 業 所 所 在 地	〒
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	
電 話 番 号	(                      )


下記の者を電子申請に係る届出の代理人として選任します。

1	被保険者番号	
	代理人氏名	
	選 任 日	年      月      日

2	被保険者番号	
	代理人氏名	
	選 任 日	年      月      日

3	被保険者番号	
	代理人氏名	
	選 任 日	年      月      日

※「被保険者番号」を持たない方は空欄のままにしてください。


 受付日付印