

所 長	次 長	課 長	係 長	係

改 印 届

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

住 所
事業主 氏 名 ㊟
電話番号

下記のとおり、雇用保険関係書類等に使用する印に変更があったので届けます。

記

事業所番号 _____

事業所名称 _____

所在地 _____

改印年月日 _____

改印の理由 _____

旧		新	
事業所印	事業主・代理人印	事業所印	事業主・代理人印

新	
事業所印	事業主・代理人印
改印年月日 平成 年 月 日	