様式第34号の11（別紙）

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

(1) 申請に係る事業の労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

(2) 申請に係る事業の名称

枚中　枚目

特別加入予定者	派遣先		派遣先の事業において従事する業務の内容（業務内容、地位・役職名、労働者の人数及び就業時間など）	希望する給付基礎日額
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円
フリガナ 氏名	事業の名称	派遣先国		
生年月日 年　月　日	事業場の所在地			円