

# 登録申込書

令和 年 月 日

(公財) 東京都福祉保健財団 城北労働・福祉センター所長殿

事業所名	社印
代表者名	代表者印
事業所所在地	
電話番号	
FAX番号	

※枠線内の記入と捺印をお願いします。

※日付は記入しないでください。

(公財) 東京都福祉保健財団 城北労働・福祉センターへ登録を申し込みます。なお、当センターから紹介された労働者の雇用につきましては、関係法令を遵守し、円滑な雇用関係の推進に努めます。