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。