

アフターケア手帳更新・再交付申請書

帳票種別 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">3 7 2 3 1</div>	※①管轄局 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>																																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">           ②更新・再交付  <input type="checkbox"/> 1更新  <input type="checkbox"/> 3再交付         </div> <div style="width: 30%;">           ※③受付年月日            元号 年 月 日            9令和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> ④現在のアフターケア手帳番号 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>西</td><td>曆</td><td>年</td><td>所</td><td>轄</td><td>局</td><td>傷</td><td>病</td><td>番</td><td>号</td><td>振</td><td>出</td><td>番</td><td>号</td><td>枝</td><td>番</td><td>号</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>			西	曆	年	所	轄	局	傷	病	番	号	振	出	番	号	枝	番	号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
西	曆	年	所	轄	局	傷	病	番	号	振	出	番	号	枝	番	号																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
<p style="text-align: center;">アフターケア手帳の 更 新 ・ 再 交 付 を申請します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 労働局長 殿</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">           (〒 _____ )            住 所 _____            フリガナ _____            氏 名 _____         </div> <div style="width: 50%;">           (TEL _____ )         </div> </div>																																				
※再交付申請の場合、該当する理由に○を付けてください。 イ. アフターケア手帳を紛失したため ロ. アフターケア手帳を汚損したため ハ. アフターケア記録欄がなくなったため ニ. その他 (具体的に書いてください) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">( _____ )</div>																																				
備 考	受付印 <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%;"></div>																																			

※印の欄は記入しないでください