

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="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">西 曆 年</td> <td style="font-size: 8px;">所 轄 局</td> <td style="font-size: 8px;">傷 病 番 号</td> <td style="font-size: 8px;">振 出 番 号</td> <td style="font-size: 8px;">枝 番 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> </tr> </table>			西 曆 年	所 轄 局	傷 病 番 号	振 出 番 号	枝 番 号	<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"/>								
<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