

# 労働者名簿

令和 年 月 日現在

診療所名

氏名	フリガナ	性別
		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所	〒	
雇入年月日	令和 年 月 日	
就業区分	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手・歯科技工士・受付事務	
退職年月日	令和 年 月 日	
退職事由		
職歴：前職の会社名、勤務期間を以下に記入。新卒の場合は新卒と記入。		
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
賃金	賃金の支払い形態（以下あてはまるものに○） 月給・週休・日給・時間給・その他  およその月額 _____ 万	
労働時間	一週間の所定労働時間： 時間 分	
備考	・法人・団体の役員で ある・ない ・事業主と同居の親族で ある・ない	