様式第5の２号

年　　月　　日

群馬県知事　 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者氏名

労働保険、社会保険及び退職金制度にかかる誓約書

　　年　月　日付けの申請（の報告）に伴い添付した従事者名簿（様式第２の１号、様式第２の２号）の記載事項のとおり、事業主として加入が必要な労働保険（労災保険・雇用保険）」、「社会保険（健康保険・厚生年金保険）」及び退職金制度に加入し、保険料を納付していることを誓約します。

なお、本誓約書の記載事項が事実と相違するときは、いかなる措置を受けても、異議ありません。