

## 雇用証明書

20 年 月 日

下記の者を当事業所に雇用していることを証明いたします。

事業所名

所在地

代表者名

印

記入者

連絡先電話番号

( )

氏名		
住所	〒 -	
職種		
勤務先	支店等名称	
	勤務地住所	〒 -
雇用開始日	20 年 月 日	
雇用期間	1. 期間の定めなし 2. 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 更新の可能性 ( あり ・ なし )	
雇用形態	1. 正規常用雇用 2. 非常勤・パート 3. その他 ( )	
出勤日数 時間	※両方ご記入ください。 ・ 毎月 _____ 日間 ・ 毎週 _____ 時間 (1日の労働時間数×週の労働日数)	
社会保険等 加入状況	( 有 ・ 無 ) ※有の場合は該当するものに○をつけてください。 厚生年金 ・ 健康保険 ・ 厚生年金基金 ・ その他 ( )	
雇用保険	( 有 ・ 無 )	