

雇用証明書

20 年 月 日

下記の者を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 () _____

従業員 氏名	
従業員 住所	
職種	
勤務地	
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 (有 ・ 無)
雇用形態	1. 正規常用雇用 2. 非常勤・パート 3. その他 ()
勤務日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 / 週 _____ 日間
勤務時間	_____ 時 _____ 分 から _____ 時 _____ 分まで 計 _____ 時間 _____ 分
保険等 加入状況	※加入しているものに○を付ける。 ・ 雇用保険 ・ 健康保険 ・ 厚生年金保険 ・ その他 () ・ その他 ()