|  |  |
| --- | --- |
| 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〇を付ける。  ・雇用保険  ・健康保険  ・厚生年金保険  ・その他（　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　　　　　） |