|  |
| --- |
|  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（　　　　　　　　　　　） |