|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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〇をつけてください。  厚生年金 ・ 健康保険 ・ 厚生年金基金 ・ その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 雇用保険 | （　有　・　無　） | |