|  |
| --- |
| **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　） |