

在 職 証 明 書

ふりがな 被雇用者氏名	(生年月日 年 月 日)		
就業（採用）年月日	年	月	日
退職年月日	年	月	日
雇用形態 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員（雇用期間： から まで）		
健康保険 (該当項目に☑) ※1	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない		
奨学金返還補助 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 補助している <input type="checkbox"/> 補助していない	<input type="checkbox"/> 月額/ <input type="checkbox"/> 年額 円 (補助金額を記入してください)	
直近3か月の 就労実績日数	該 当 月	就労日数（実績）	備 考
	年 月	日	
	年 月	日	
	年 月	日	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 所在地 事業所 事業所名 代表者名 電話番号			

備考

非正規職員においては、1週間の所定労働時間が20時間以上である必要があります。