宗像市長宛て

雇　用　証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ被雇用者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用契約 | □　正規雇用　　　　□　非正規雇用 |
| 雇用期間 | * 期間の定めなし　：　　　　　年　　　　月　　　日より雇用中
 |
| 勤務地 | □　下記所在地と同じ□　下記所在地と異なる（住所：　　　　　　　　　　 　　　　支店名等：　　　　　　） |
| 保険加入 | □　社会保険　　□　雇用保険　　□　いずれも未加入 |
| 奨学金返還支援の有無 | □　支援していない　　□　支援している（支援額：　　　　　円／月・年） |
| 備考 |  |

介護保険法(平成9年法律第123号)第8条、第8条の2又は第115条の45に規定する事業を行っている事業所の場合、以下も記入。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | □事務職　　　　□介護職 |

上記のとおりであることを証明します。

　令和　　　年　　　月　　　日

所在地

事業者名

代表者名

電話番号

記入担当者名