

在 職 証 明 書

住 所			
氏 名			
生年月日	年	月	日
就業先名			
就業地（所在地）			
職名及び職務内容			
上記就業地での 就業開始の日	年	月	日

（該当する場合✓を付けてください）

正規雇用として在職している。

* 正規雇用とは次の全てに当てはまる雇用形態です。

- ① 期間の定めのない労働契約をしていること
- ② 所定労働時間が、同一の事業主に雇用される通常の労働者の所定労働時間と同じであること
- ③ 同一の事業主に雇用される通常の労働者に適用される就業規則等に規定する賃金の算定方法及び支給形態、賞与、退職金、休日、定期的な昇給や昇給の有無等の労働条件について長期雇用を前提とした待遇が適用されていること

（病院、福祉施設の場合）医師、看護師等、保育士、介護福祉士、病院薬剤師として就業していない。

上記について、間違いのないこと及び当社に在職していることを証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

【証明書作成者】

所 属			
担当者名		電話番号	

県または市町村の担当者が電話確認する場合があります。