

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			
雇用契約の期間 (いずれかに☑)	☐ 定めなし		
	☐ 定めあり（ 年 月 日までの か月間） ※契約期間の更新 ☐ あり ☐ なし		
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）

☐ 以下の雇用条件を満たしている。

雇用保険の被保険者（会社役員又は個人事業主の同居親族である場合を除く）であり、1週間の勤務時間が30時間以上であること（傷病、育児及び経済上の理由等により一時的に通常の勤務時間から短縮して勤務している場合を除く）

☐（公務員の場合）以下のいずれかの職種で勤務している。

・医師 ・看護師 ・助産師 ・保健師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・獣医師 ・理学療法士
 ・作業療法士 ・臨床検査技師 ・診療放射線技師 ・言語聴覚士 ・精神保健福祉士
 ・歯科衛生士 ・社会福祉士 ・管理栄養士 ・視能訓練士 ・臨床工学技士 ・保育士

上記について、相違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

印

【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。

※在職証明書に押印を行わない場合、対象者が当該事業所で就労していることが証明できる書類の写しを添付してください。