就　労　証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| 被雇用者氏名（フリガナ） | 生年月日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 就業場所（被雇用者が通常勤務する場所）事 業 所 名（支店名等含む。）　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号　 　　　　 　　　　　　　　  |
| 採用年月日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 退職年月日 | 　　　　　 　年　　　　　月　　　　　日 |
| 雇用期間 | □　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日□　定めなし |
| 保険加入 | 被雇用者が加入しているものにチェックを入れてください。□　社会保険　　　□　労災保険　　　□　雇用保険 |
| 　上記のとおりであることを証明します。　　　　　年　　　月　　　日　　　雇用主　　　所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　事業者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　（担当者名）　　　　　　　 　　 |

※　勤務先で証明を受けてください。

※　この証明書は、薩摩スチューデント奨学ローン返還支援補助金補助事務のために使用するものです。それ以外の目的に使用することはありません。