

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	<input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険
上記のとおりであることを証明します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 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。