

雇用条件証明書

※この証明書は勤務先の事業所が記入してください。(自分自身での記入は認められません)

氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	55 年 10 月 5 日
雇用形態	社員 ・ パートアルバイト ・ 派遣社員 ・ その他()			
雇用期間	平成・令和 24 年 6 月 1 日 ~ 令和 年 月 日 ※ 実際の勤務開始日ではなく、雇用契約期間を記入			
勤務時間	①	10 時 00 分 ~ 15 時 00 分	(実働 4 時間)	(1ヵ月平均 14 日間)
	②	時 分 ~ 時 分	(実働 時間)	(1ヵ月平均 日間)
給与	月給 ・ 日給 ・ 時間給 (1,000 円) / 賞与 (円 / 年)			
交通費	1ヵ月あたり(7,784 円) / 支給なし			
健康保険	加入している / 加入していない			

上記のとおり証明します。

	令和 年 月 日
事業所所在地	_____
電話番号	_____
事業所名称	_____
代表者(責任者)	_____
記載担当者の部署・氏名	_____

**事業主(パート・アルバイト先)の
証明が必要です**