

在職証明書

年 月 日

社会福祉法人山形県社会福祉協議会長 殿

(証明者)

事業所所在地

事業所の名称

代表者職氏名

㊟

下記の者は、当社の社員であることを証明します。

記

ふりがな 氏名		性別	男・女
住所			
生年月日	年 月 日 生		
入社年月日	年 月 日 入社		
雇用形態	正規職員・非正規・パート・その他()		
1日あたりの 所定労働時間	午前 時 分から 午後 時 分まで (実働 1 日 時間)		
1週間あたりの 所定労働日数・時間	週 日間勤務	1週間あたり合計	時間勤務
職種			
所属部署			
勤務先住所			
備考			

※所定労働時間等の記載要件を満たせば、会社が発行する在職証明でも可。