様式第２号（第５条・第７条関係）

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 | | |
| 就職（採用）  年月日 | 年　　　　　月　　　　　日から就労中 | |
| 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、奨学金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。

様式第２号（第５条・第７条関係）

記入例

就　労　証　明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者氏名（フリガナ）  薩摩　太郎（サツマタロウ） | | 生年月日  平成 ２　年　１０　月　１２　日 |
| 就業場所（被雇用者が通常勤務する場所）  事 業 所 名  株式会社　薩摩川内  （支店名等含む。）  　住所  薩摩川内市 樋脇町塔之原１１７３番地  　電話番号  ０９９６－３７－３１１１ | | |
| 就職（採用）  年月日 | 平成２８　年　４　月　　１　日から就労中 | |
| 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。    　雇用主  　　　所 在 地  薩摩川内市 樋脇町塔之原１１７３番地  　　　事業者名  株式会社　薩摩川内  　　　代表者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  代表取締役　甑　一郎  　　　電話番号　　　　　　　　　　　　（担当者名）  川内　花子  0996-37-3111 | | |

※　勤務先で証明を受けてください。

※　この証明書は、奨学金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。