

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 | <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。 年 月 日 雇用主 所在地 事業者名 代表者名 電話番号 （担当者名） 印 | |


※ 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。

記入例

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） 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 1 1 7 3 番地 電話番号 0 9 9 6 - 3 7 - 3 1 1 1 | |
| 就職（採用） 年月日 | 平成 2 8 年 4 月 1 日 から就労中 |
| 雇用期間 | <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input checked="" type="checkbox"/> 労災保険 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1 1 7 3 番地 事業者名 株式会社 薩摩川内 代表者名 代表取締役 甌 一郎  印 電話番号 0996-37-3111 （担当者名） 川内 花子 | |

※ 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。