

様式第3号の1（第5条関係）

就業証明書（雇用保険の被保険者用）

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	
就業場所 (所在地)	
就業開始年月日	年 月 日（就業年数 ）
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> その他（ ）

上記の者が当社に勤務し、雇用保険の被保険者であることを証明します。

年 月 日

所在地：

事業所名：

代表者名：

㊞

担当者：

所属：

氏名：

電話番号：