

令和 年 月 日

大船渡市長 様

雇用主 所在地
名称
代表者名 印
(雇用保険事業所番号：)

雇用証明書

下記の者は、当社の常用雇用者（雇用保険法（昭和49年法律第116号）の規定に基づく雇用保険の被保険者であって、期間の定めのない労働者又は1年を超えて引き続き雇用が見込まれ、かつ、1週間の所定労働時間が30時間以上の労働者として雇用されたもの）として雇用した者であることを証明します。

記

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日生
雇 用 年 月 日	年 月 日
雇用保険被保険者番号	
勤 務 場 所	(所在地) (事務所等の名称)
確 認 事 項 (□ に チェック)	<input type="checkbox"/> 雇用日から3年以内に転勤のため市外に住所を移す可能性はありません。