様式第２号（別表関係）

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） | □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。 |