

就労証明書

福島県立医科大学理事長 様

証明日 年 月 日

事業所名

代表者名 (印)

所在地

電話番号

記入者名

記入者連絡先

下記の内容について、事実であることを証明します。

No.	項目	記入欄						
就労者に関する事項								
1	ふりがな							
	就労者氏名							
2	就労者住所							
就労状態等に関する事項								
3	雇用(予定)期間	年	月	日	～ 年 月 日			
4	勤務先事業所名							
5	勤務先住所							
6	勤務先電話番号							
7	就労時間 (固定就労の場合)	月平均	時間	分	(休憩時間を除く)			
8	就労時間 (変則就労の場合)	(月平均時間(休憩時間を除く)が確認できるよう具体的に記入してください)						
9	就労実績 (過去3か月分)	年	月	年	月	年	月	
		月	時間	月	時間	月	時間	
10	夜間勤務	(有・無) (「有」の場合は、以下に従事する時間帯を記入してください)						
その他								
11	備考欄							

※育児休業中の場合は、復帰後の予定を記入してください。

※医大職員分は提出不要です。