

雇用証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

雇用主（事業所等）

代表者氏名・印



所在地

（電話番号）

下記の者を雇用していることを証明します。

1 雇用されている者

（ふりがな）

氏 名

現 住 所 〒 ー

2 雇用期間 年 月 日から 年 月 日

3 勤務時間

午前 時 分 ～ 午後 時 分 又は 週 時間
午後 午後

4 勤務形態 正社員 パート・アルバイト その他
()

5 業務内容

6 雇用条件通知の写し(添付してください。)