

在 職 証 明 書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	
入 社 年 月 日	年 月 日
雇用保険被保険者番号	-----

上記の者が当社に在籍し、雇用保険被保険者であることを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名