

# 在職証明書

|        |        |
|--------|--------|
| 氏名     | (フリガナ) |
| 住所     |        |
| 生年月日   |        |
| 被保険者番号 |        |

上記の者は、当事業所に在職し、雇用保険被保険者であることを証明します。

令和 年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名

印

電話番号