雇用条件証明書

中能登町　町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　 　月　　 　日生　 |
| 雇用期間 | ・契約開始日　　　　　 　　年　　 　月　　 　日　※実際の雇用開始日ではなく、**下記に記載した条件による契約開始日**を記入・契約終了日 　□期間の定めなし　　　　　　　　　　□一定期間ごとに更新 |
| 就労時間 | ①　　 　時　　 　分　～　　　 　時　 　　分　　　　実働　　　　 　時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　１ヶ月平均　　　　 　日間②　　 　時　 　　分　～　　 　　時　 　　分　　　　実働　　　　 　時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 １ヶ月平均 　　 　　日間※②は勤務時間が複数ある場合に記入  |
| 給与 | ・給与形態　　　　　　　□時給　□日給　□月給　　 　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１ヶ月平均 　　　　　　　　　　円・交通費の支給　　　　　□無　□有　　１ヶ月当たり 　　　　　　　　　円 |
| 賞与 | ・支給の有無　　　　　　□無　□有　　年間総支給額 　　　　　　　　　円※実績がない場合はおおよその見込み額を記入 |
| 健康保険 | （国民健康保険以外の）健康保険に加入　　□している　□していない |

※チェックボックスはいずれかに必ずチェックを入れてください

上記の条件で雇用していることを証明します。　　　　年　　月　　日

証明者 　　　事業所所在地

電話番号　　　　　　　　（　　　　　　）

事業所名称

代表者又は責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印