

様式第 3 号（第 7 条関係）

年 月 日

坂東市長 様

就業証明書（医療福祉職奨学金返還支援補助金申請用）

証明者 住 所
(所在地)
事業所名
代表者名
電話番号
担 当 者

印

次のとおり相違ないことを証明します。

就業者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
雇用形態	常時雇用※・自営業・その他（ ）	
就業年月日	年 月 日	
就業期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
契約上の雇用期限	1 期限無し 2 期限有り	
雇用保険加入の有無	有 ・ 無	
業務に要する資格		
勤 務 地	1 証明者の所在地と同じ 2 それ以外 事業所名 住 所 (所在地) 電話番号	

※常時雇用者とは、雇用保険法第 4 条第 1 項に規定する被保険者のことをいう。

添付書類

- ・ 常時雇用以外の場合、就労の事実がわかる証拠書類
（確定申告書の控え、住民税申告書の写し、事業開始届の写し等）