

様式第2号（第7条関係）

在職証明書

被雇用者	氏名	
	住所	
勤務地	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
就職(雇用)年月日	年　月　日	
雇用形態	正規雇用（期間の定めのない労働契約を締結し、かつ、所定労働時間が週３０時間以上）	
健康保険	☐ 加入している	☐ 加入していない
被用者年金	☐ 加入している	☐ 加入していない
雇用保険	☐ 加入している	☐ 加入していない
被雇用者に係る奨学金に関する他の補助金・手当等について	☐ 受けている 受けている場合の　　　　　年１月１日～ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円） ☐ 受けていない 年１２月３１日までの金額	
備考		

※ □には該当する方に✓チェックをいれてください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

雇 用 主	所 在 地	(〒)	年 月 日
	企業名 (事業者名)		
	代表者名		印
	電話番号		

※必ず会社の代表者印（代表取締役之印など）を押印してください。なければ認印を押印してください。