

在 職 証 明 書（交付申請時）

氏 名	ふりがな
生年月日	（和暦） 年 月 日
現住所	〒 ー
正規雇用により 就職又は就業 した年月日	（和暦） 年 月 日 <small>※正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、賞与、退職金、諸手当等において、就業規定等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態の者</small>
業 種	
（薬剤師の場合のみ）	薬剤師の職域に従事（・している ・していない） <small>※該当にマル（○）をしてください。</small>
（保育士・幼稚園教諭の場合のみ）	・保育士又は幼稚園教諭の職域に従事（・している ・していない） <small>※該当にマル（○）をしてください。</small>
現在の所属部署 （勤務場所）	<部署・支店名など> <勤務場所> ・ 鳥取県内（鳥取県 市・町・村） ・ 鳥取県外（ 都・道・府・県 市・区） （※鳥取県外の場合、期間（予定）及び理由（研修等） 期間： 年 月 日から 年 月 日まで 理由：)

上記の者は当社の正規雇用者であることを証明します。

年 月 日

事業所 所在地 〒

名 称

代 表 者

印

電話番号

記入担当者 所 属 部 署

役職・氏名