様式第２号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 雇用証明書 |
| 被雇用者 |
| 氏名（フリガナ） | 生年月日　 |
| 　 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　 |
| 就業場所（被雇用者が通常勤務する場所）　　 |
| 住所　　　　：　 |
| 事業所名等　：　 |
| 電話番号　　：　　 |
| 就職（採用）年月日 | 　　　　　　年　　月　　日　 |
| 雇用期間 | 　□　　　　年　　月　　日～　　　年　　 月　　日 |
| 　 | 　□定めなし |
| 　　上記のとおり雇用していることを証明します。　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　 |
| 雇用主　 |
| 　　所在地 |
| 　　事業者名 |
| 　　代表者名 |  |  | 　　　　　㊞ |
| 　　電話番号 | 　 | 　 | 　　　　（担当者名） |

* 勤務先で証明を受けてください。
* この証明書は、枕崎市奨学金返還支援補助金の手続のみに使用し、その目的以外に使用しません。