年　　月　　日

　坂井市長　様

所在地

事業所名　　　　　　　　　　　　　　印

代表者名

電話番号

担当者

就業証明書

□就業している

□就業していた

下記のとおり　　　　　　　　　　ことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 勤務先所在地 | 〒 |
| （備考）　　　　　年　　月　　日からテレワークにて就業 |
| 就業期間中の雇用保険適用状況 | □雇用保険の被保険者である（　被保険者番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　）※証明対象者が、離職票や雇用保険被保険者証を坂井市に提出できる場合、この欄については証明不要です。 |