

在 職 証 明 書 (状況報告時)

氏 名	ふりがな
生年月日	(和暦) 年 月 日
現住所	〒 —
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)	・保育士また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 ・ 鳥取県外 (都・道・府・県 市・区)
鳥取県外在職期間 及び部署・支店名 (該当がある場合のみ)	①期間： 年 月 日から 年 月 日まで 部署・支店名 () ②期間： 年 月 日から 年 月 日まで 部署・支店名 () ③期間： 年 月 日から 年 月 日まで 部署・支店名 () 本年 3 月 3 1 日現在、鳥取県外在職期間 (通算) 年 月

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