在学・在勤証明書

申請者	㊞	採用・入学 年月日	年　　月　　日
勤務・ 在籍する 名称所在地等	名　称 所在地　　電　話		
勤務内容 ※在勤者のみ			
雇用形態 ※在勤者のみ	常勤　・　パート（アルバイト）　・　派遣　・　その他（　　）		

指定管理者　袖ケ浦健康づくり支援センター　御中

年　　月　　日

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の（在勤・在学）内容について、上記のとおり証明します。

証明者（事業所）

住所

氏名　　㊞

電話

※修正液等の使用は不可(証明者の印なき訂正は無効)　※証明の日付、申請者及び証明者の印に漏れがないようにお願いします

袖ケ浦市	施設長	業務	受付