

様式任4

雇用されている者 (雇用されていた者)	住 所	
	氏 名	

職名等 (職務内容含)			
雇 用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日まで・未定		
更新の有無	有(期間等)・無	健康保険の加入の有無	有・無
		雇用保険の加入の有無	有・無
給与(賃金) 支給形態	<input type="checkbox"/> ア 月 給 月額 _____ 円		
	<input type="checkbox"/> イ 日 給 日額 _____ 円 週・月 _____ 日勤務		
	<input type="checkbox"/> ウ 時 給 時給 _____ 円 ・ 1日 _____ 時間勤務で週・月 _____ 日勤務		
	<input type="checkbox"/> _____ ・ 1月 _____ 時間勤務		
※いずれかに記入	<input type="checkbox"/> エ その他 (_____)		
給与等 支給日	毎月 _____ 日	支給内容	当月分・前月分・その他 (_____ 日～ _____ 日分)
備考			

[illegible]

上記のとおり相違のないことを証明します。

印