様式第９号（第 12 条関係）

在　職　証　明　書（交付申請時）

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 ※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
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） ※該当にマル（○）をしてください。
(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） ※該当にマル（○）をしてください。
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） （※鳥取県外の場合、期間（予定）及び理由（研修等） 期間：　　年　月　日から　　年　月　日まで 理由：　　）

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