給与支払（見込み）証明書

【勤務先ご担当者がご記入ください】

氏　　名	
住　　所	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

就職年月日	年　　月　　日		
雇用期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		
雇用形態(いずれかに○)	正社員 ・ 契約社員 ・ 派遣社員 ・ パート･アルバイト ・ 業務委託社員		
勤務時間	～		
休憩時間	～		
時間外勤務の有無	有　・　無	賞与の有無	有　（年　　回）・　無
給料額(いずれかに記入)	月 額　　円	日 額　　円	時 給　　円
給与締め日（支給日）	毎月　　日（ 当月 ・ 翌月　　日支給）		

健康保険の加入の有無	有　・　無
雇用保険の加入の有無	有　・　無
健康保険の資格取得年月日	年　　月　　日

支給年月（証明日から1年）	勤務日数	給　料	手当等	賞与等	その他	合　計
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
年　　月	日	円	円	円	円	円
合　　計	日	円	円	円	円	円

備　　考	

静岡市教育委員会　宛て

令和　　年　　月　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

勤務先住所（所在地）

電話

勤務先名（名称）

代表者氏名　　印

担当者氏名