

氏 名					生年月日	年 月 日生
在 職 期 間	職 名	雇用形態 (※注3参照)	給料形態	社会保険料 の事業主 負担の有無	配属先(派遣の場合は、派遣先の会社名等)	
					職務内容(具体的に)	
年 月 日から		正規採用	月 給	有		
年 月 日まで		その他(常勤)	日 給	無		
年 月 日から		正規採用	月 給	有		
年 月 日まで		その他(常勤)	日 給	無		
年 月 日から		正規採用	月 給	有		
年 月 日まで		その他(常勤)	日 給	無		
年 月 日から		正規採用	月 給	有		
年 月 日まで		その他(常勤)	日 給	無		
年 月 日から		正規採用	月 給	有		
年 月 日まで		その他(非常勤)	時 給	無		
備 考						

B 官公庁・公立学校以外	年 月 日 (証明日は上記の在職期間の終了日以降となります。)	<記入上の注意> 1 証明書は、漏れなく記入してください。 2 職名欄は、雇用契約書等を参考に記入してください。 3 雇用形態欄は、該当するものを○で囲んでください。 「その他(常勤)」とは、正規採用でない者のうち、正規採用職員の所定労働時間等と比較して、同程度の勤務をする者を指します。 「その他(非常勤)」とは、正規採用でない者のうち、上記に該当しない者を指します。 ※ 契約社員や派遣社員などについても、配属先や派遣先における正規採用職員の所定労働時間等と比較して、常勤・非常勤のいずれかを選択してください。 4 給料形態欄は、該当するものを○で囲んでください。 5 職務内容欄は、教員としての在職歴を記載する場合、任用された校種等・教科(科目等)を記入してください。 6 証明は、理事長・代表取締役等採用に関し決定権を持っている方が行ってください。 ※ 証明印についても、理事長・代表取締役等の印を押印してください。 7 統廃合・合併等により法人名・配属先の名称が変更されている場合、備考欄に変更年月日及び変更後の名称を記入してください。 【問合せ先】 東京都教育庁人事部選考課 電話 03-5320-6787
上記のとおり証明します。		
所在地		
証明機関		
職・氏名 (採用に関し決定権を持っている方)	印 (私印は無効です。)	
電 話	担 当	