様式第２号（第５関係）

勤　務　証　明　書

年　　月　　日

川根本町長　　　　　　様

所在地

法人（事業所）名

代表者職氏名

担当者氏名

電話番号

下記の者が介護職員として当事業所において継続して３月以上かつ週20時間以上勤務していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 勤務事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 勤務開始日（週20時間以上） | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 職　　　　種 |  |
| 雇用形態 | 常勤　・　非常勤　（週　　時間） |