様式第２号（第６条関係）

勤務証明書

年 　　月 　　日

人吉市長　　　　　様

所 在 地

法 人 名

代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の被雇用者が、下記のとおり勤務していることを証明します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 勤 務 先 | 法人名 |  | |
| 事業所又は  施設名 |  | |
| 所在地 |  | |
| サービス種類 |  | |
| 介護職員の配置が必要な介護保険サービスを行う指定事業所の事業名称を記載してください。（例）訪問介護 | |
| 勤務期間 | 年 月 日から □ 現在も勤務を継続している  □ 年 月 日退職  （うち、休職期間 ） | |
| 雇用形態 | □正規職員  □非常勤職員  □その他（　　　　　）  勤務日数（週 　日間） １日の勤務時間（ 　　時間） | | |
| 事務担当者 |  | 連　絡　先 |  |

※有効期間は、発行日から１箇月間です。

※記載事項を訂正される場合は、訂正箇所に代表者氏名の欄に押印された印章を押印してください。