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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

当法人の被雇用者が、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 |  | |
| 介護支援専門員の配置が必要な事業を行う指定事業所の事業名称を記載してください。　（例）居宅介護支援 | |
| 業務内容 | ケアマネジャー　　　・　　　計画作成担当者 | |
| 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か月間です。

※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。