

就労証明書

年 月 日

御殿場市長 様

所在地
 証明者 名 称
 代表者職氏名 印
 電 話

年 月 日時点において、次の者を介護職員として6月以上雇用していることを次のとおり証明します。

被雇用者	住 所	
	氏 名	

就労状況	現在の勤務先事業所	所在地 ※1	
		名 称	
		電話番号	
	就労期間 ※2	事業所名 ()	
		期間 年 月 日から 年 月 日まで	
		事業所名 ()	
		期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	事業所名 ()		
	期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	通算 月		
雇用形態 ※3	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 その他 ()		

※1 勤務先事業所は御殿場市内のみが対象となります。（法人の所在地は市外でも構いません。）

※2 同一の事業主に係る事業所に連続して雇用されている場合は、その期間を通算してください。

※3 該当する□にレ点を付してください。