

様式第 2 号（第 5 条関係）

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
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	
	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	☐ 常勤 ☐ 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。（証明者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。