就労証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就労者 | 住　　所 |   |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　　 |
| 就労状況 | 事業所名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 就労期間 | 年　　　月　　　日から証明日まで |
| 雇用形態 | 常勤　・　非常勤　・　派遣　・　パート |
| 年　　　月　　　日　府　中　市　長　　様上記の者について，介護職員として就労していることを証明します。　　　　　　　　　　　事業者　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　電話番号　　　 　（　　　）　　　　 |

※ 証明年月日は，研修修了日以降で就労期間が３か月を経過していることが

必要です。