

勤務証明書

年 月 日

(宛先)南山城村長

所在地 _____

法人名 _____

代表者名 _____ ⑩

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を行う指定事業所のサービス 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	

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」としてください。この場合は、直近6箇月の勤務日数・勤務時間を記載してください。

※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を勤務開始日としてください。

※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、訂正箇所に代表者名の欄に押印された印を押印してください。