様式第２号（第４条関係）

就労証明書

年　　月　　日

八幡市長　様

証明者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

次の者を介護職員として６か月以上雇用していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 就労状況 | 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 雇用形態 | * 常勤　　　□　非常勤

1週間当たりの勤務時間数（　　　　　時間） |
| 就労期間 | 年　　　月　　　日から介護職員として、通算　　　年　　　月就労 |

この証明に関する照会担当者　　　　　　　　　　　連絡先℡