

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	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 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TEL
