様式第２号（第６条関係）

勤務証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

高根沢町長　　様

介護事業所

所在地

法人又は事業所名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

連絡先電話番号

　（担当者氏名　　　　　　　　　　　　）

　下記の者は、証明日現在、高根沢町内の介護事業所等で介護職員として３か月間以上継続して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 |
| 勤務先所在地 | 高根沢町 |
| 勤務事業所名 |  |
| 勤務開始日 | 　　　　　年　　月　　日 |