

様式第6号(第9条関係)

実務経験証明書
(士別市介護従事者新規就労定着支援事業用)

住 所	士別市	
氏 名	フリガナ	
生年月日	年	月 日
就労(採用)年月日	年	月 日
就 労 先 *実際の勤務地が、証明欄 の所在地と異なる場合に 記入してください。	所 在 地	士別市
	名 称	
	電話番号	()
備 考		

(宛先)士別市長

上記の者は、上記事項のとおり就労(採用)年月日から当事業所において現在も勤務していることを証明します。

年 月 日

所在地

事業所名

代表者氏名

印

電話番号

【注意事項】

- ①社印又は代表者の印のないものは、無効です。
- ②訂正した場合は、社印又は代表者の職印を押印してください。
- ③上記の事項が事実と異なっていたときは、貸付金を償還していただく場合があります。