

様式第2号(第5条関係)

雇用証明書

職員の採用について下記のとおり証明します。

●被雇用者名 _____

●生年月日 昭和 平成 _____年 _____月 _____日生

●採用年月日 _____年 _____月 _____日採用(内定)
_____年 _____月 _____日勤務開始予定日

●期間終了日 _____年 _____月 _____日
※雇用期間に定めのある場合は記載ください。

●勤務場所 住 所 _____

名 称 _____

介護保険の事業所番号(介護サービス事業所の指定又は許可を受けている場合)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

●勤務時間 週 _____時間 _____分

●職種名、業務内容 _____として _____の業務に従事
※介護職員その他主たる業務が介護等の業務である場合が補助対象

年 _____月 _____日

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

所在地 _____

電話番号 (_____) _____