年　　月　　日

（あて先）印西市長

就　業　証　明　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **設置法人** | 名　　　称 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 所　在　地 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連　絡　先 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者職氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所** | 事業所番号 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 名　　　称 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 所　在　地 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 連　絡　先 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者職氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

　下記の者の就業につき、次のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人証明欄 | 下記に記載される者は、年　　月　　日から、介護職として２か月以上当事業所で就業しており、また現在においても当事業所に就業していることを証します。 |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 雇用される者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

記載者　職氏名（　　　　　　　　　　　）