様式第３号（第５条関係）

在職証明書

年　　　月　　　日

赤 穂 市 長 　宛

所在地

事業所名

代表者名

電話番号

担当者

　下記のとおり介護職員として在職していることを証明します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 勤務先 | 所在地 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所番号 |  | | |
| 在職期間 | 年　月　日から現在（又は　 年　 月　 日）まで  （うち、休職期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 雇用形態 | □正規職員  □非常勤職員、パート、アルバイト  □その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 事務担当者 |  | | 連絡先 |  |

※有効期間は、発行日から１か月間です。