

勤務証明書

年 月 日

(宛先)西宮市長

所在地 _____

法人名 _____

代表者名 _____ (印)

下記の被雇用者が、下記のとおり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	法 人 名	
	事 業 所 又 は 施 設 名	
	所 在 地	
	サ ー ビ ス 種 類	介護職員等の配置が必要な介護保険・障害福祉サービスを行う指定事業所のサービス名称を記載してください (例) 訪問介護
	勤 務 期 間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 現在も勤務を継続している <input type="checkbox"/> 年 月 日退職 (うち、休職期間)
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他() 勤務日数(週 日間) 1日の勤務時間(時間)	
事 務 担 当 者		連 絡 先

※訪問介護事業所等に時給で働く登録をし、事業所から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」としてください。この場合は、直近3箇月の平均的な勤務日数・勤務時間を記載してください。

※雇用形態が登録の場合は、登録日ではなく、実働開始日を勤務開始日としてください。

※有効期間は、発行日から1箇月間です。

※記載事項を訂正される場合は、訂正箇所に代表者名の欄に押印された印を押印してください。