

就労証明書

年 月 日

別府市長 あて

商号又は法人名

代表者名

印

所在地

電話番号

担当者

下記のとおり、当法人（当事業所）において就労していることを証明します。

記

勤務者氏名	
勤務者住所	
勤務する事業所の名称	
介護保険事業所番号	
勤務する事業所の住所	
勤務する事業所の電話番号	
在籍月数 (月の日数のうち15日以上在籍していれば1か月と数える)	か月 (年 月 日～ 年 月 日)
業務の中断月数	か月 (年 月 日～ 年 月 日)
業務の中断の理由	