

様式第2号（第5条、第8条関係）

介護施設勤務証明書  
（南魚沼市介護人材カムバック支援金）

申請者 勤務者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

（太枠内：雇用主記載欄）

勤 務 先	(名 称)  (所在地)
業 務 内 容	
就 職 日	年 月 日
雇 用 形 態	直接雇用 ・ 間接雇用
雇用（予定）期間	無期雇用 ・ 有期雇用（期間 ～ ）
勤 務 時 間	週（ ）時間勤務 又は 月（ ）時間勤務
上記の事項について事実と相違ないことを証明します。  年 月 日 雇用主 （事業主） 所在地 法 人 名 代表者名 電話番号	

⑩