

様式第2号（第5条関係）

介護施設勤務証明書
(南魚沼市介護人材ケアマネエール支援金)

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	
資 格 名 称 等	
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
休 職 期 間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（期間 ～ ） ※ 年4月1日から過去1年の状況について記載してください。 ※産前産後休業は休職期間に含めないでください。
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	

印