様式第３号（第８条関係）

介護施設勤務証明書

（南魚沼市介護人材ケアマネスタートお祝い金）

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・着任日 | 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 | |