様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

栗東市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　　　　　　）

勤務証明書

　下記の者は、証明日現在、介護職員として月２０時間以上の勤務を３月以上継続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 |
| 勤務先住所 |  |
| 勤務事業所名 |  |