様式

証　明　書

氏　　名

　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　　所

　上記の者は、　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで、当事業所において、

雇用していることを証明します。

介護職員・看護職員・調理員の正規職員として

継続して勤務していることを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　事業所　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　 ㊞