

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、

介護職員・看護職員・調理員の正規職員として

雇用していることを証明します。  
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

㊟