様式第２号（第５条関係）

年 　月 　日

就　労　証　明　書

小山町長　　様

所　在　地

証明者　名　　　称

代　表　者　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話

　　　　年　　月　　日時点において、次の者を介護職員として３月以上雇用していることを次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就労状況 | 現在の勤務先事業所 | 所在地　※1 |  |
| 名　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 就労期間　※2 | 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）期　　間（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日） |
| 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）期　　間（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日） |
| 事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）期　　間（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日） |
| 通算　　　月 |
| 雇用形態 | □　常　勤　　　□　非常勤　　その他（　　　　　） |

　※1　勤務先事業所は小山町内のみが対象となります。（法人の所在地は町外でも可）

　※2　同一の事業主に係る事業所に連続して雇用されている場合は、その期間を通算してください。