様式第２号（第６条関係）

在職証明書

年　　　月　　　日

豊　岡　市　長 様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　年　　月　　日時点において、下記の被雇用者を介護職員として正規雇用していることについて、次のとおり証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 勤務先 | 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 雇用形態（✓を入れてください) | □次のいずれにも該当・労働契約に期間の定めがない・所定労働時間をフルタイムで勤務・直接雇用している |
| 事務担当者 |  | 連絡先 |  |

※有効期間は、発行日から１箇月間です。