

# 雇 用 証 明 書

令和 年 月 日

事業所名	
施設名称	
雇用主名 (代表者)	印
所在地	
連絡先	- -

下記の者について、次のとおり雇用していることを証明します。

氏 名		生年月日	S・H 年 月 日
住 所			

勤 務 先			
雇 用 年 月 日	平成・令和 年 月 日より		
雇 用 形 態	※1	常 勤	臨 時
職 種	※2		
業 務 内 容	※3		
	※4	患者・入所者、利用者等と直接的な接触を伴う業務	有 無
週 当 た り の 勤 務 時 間	週 ..... 時間勤務		
厚 生 年 金 保 険	※5	加 入	未加入

※1 該当する方を○で囲んでください。

※2 「看護師」「介護福祉士」「介護支援専門員」などの職種名称を記載してください。

※3 ○○援助、○○補助、○○支援、○○事務など、簡潔に記載してください。

※4 ※5 該当する方を○で囲んでください。

|