

様式第4号

雇用証明書

年 月 日

森町長 様

住 所
電話番号
事業所
事業所名
代表者名 ⑩

次の者が、当事業所において介護職員として雇用されている又は雇用されていたことを下記のとおり証明します。

記

氏 名	
住 所	
就業開始年月日	年 月 日
就業終了年月日 ※離職している場合のみ記入	年 月 日
就業形態 ※就業形態に異動があった場合には、直近（最終）の形態にて記載願います。	正職員 臨時職員（フルタイム ・ パート） その他（ ）
就業職種	介護職員