

介護職員雇用証明書

年 月 日

逗子市長

住 所 逗子市 _____

申請者 事業所又は施設名 _____

役 職・代表者氏名 _____ ⑩

次の者が本介護事業所又は本介護施設において、記載のとおり介護職員等として雇用していることを証します。

なお、証明書の記載内容の確認のため逗子市長が必要と認めた場合は、記載内容に関する問い合わせについて回答するとともに、記載内容の証明ができる賃金台帳、雇用契約書、サービス提供記録、必要な書類等を指定期日までに提供します。

職 員 氏 名	
職 員 住 所	
職 員 の 採 用 条 件	勤務時間 週 時間 月額報酬(本給のみ) 円 時給換算の職員の場合 時給 (各種手当は除く) 円
職 員 の 保 有 資 格	
職 員 の 勤 務 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日・勤務継続中
職 種 等 (当てはまる項目に○)	・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・その他 (具体的に)