

第2号様式（第6条関係）

介護職員等就労及び業務従事時間証明書

年 月 日

逗子市長

事業所所在地 逗子市

証 明 者 事業所名

役職・代表者名

次の者が本介護事業所等において、記載のとおり介護職員等として従事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。

申請者氏名	
申請者住所	
申請者勤務先名	
申請者勤務先住所	逗子市
申請者勤務期間	年 月 日 ～ 勤務継続中
業務従事時間累計	計 時間（ 年 月 日時点） *業務従事時間には、主に身体サービスに従事した時間を参入します。なお、応援派遣等、逗子市以外で開設されている介護事業所等で業務に従事した時間は含みません。
職 種 等 (当てはまるものに○)	・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・その他（具体的に)

上記記載事項は事実と相違ないことを証します。