

雇用証明書

年 月 日

逗子市長

住 所 逗子市 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

役 職・代表者氏名 \_\_\_\_\_

次の者が本移動支援事業所において、記載のとおり移動支援従事者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合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、サービス提供記録等、必要な書類を指定期日までに提供します。

従事者氏名	
従事者住所	
従事者の採用条件	勤務時間 週 時間 月額報酬(本給のみ) 円 時給換算の従事者の場合 時給(各種手当は除く) 円
従事者の保有資格	
従事者の勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日・勤務継続中
職 種 等	