参考様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

就　労　証　明　書

群馬県知事　あて

 法人所在地

 法人名称

 　　　 代表者職氏名　　　　　　 印

　次の者を、介護職員として継続して雇用（　している　／　した　）ことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 勤務先所在地 | 　 |
| 勤務事業所名 | 　 |
| 介護サービス種別 | 　 |
| 在職期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 職種（※） | 　 |

 ※････職種については、「介護職員」「訪問介護員」等と記入すること。