

就労証明書

年 月 日

笠置町長 様

証明者 所 在 地

事業所名

代 表 者

担当者名

電話番号

下記の者を介護職員として6か月以上雇用していることを証明します。

記

氏 名	
住 所	
事業所名	
事業所所在地	
勤務形態	常勤・非常勤・パート・登録ヘルパー・その他()
就労期間	年 月 日から 介護職員として、通算 年 月就労