様式第２号（第６条関係）

勤務証明書

令和　　年　　月　　日

宝塚市長あて

所在地　〒　　　　－

法人名

代表者職・氏名

下記の被雇用者が、下記のとおり勤務していることを証明します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 | 〒　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員  登録番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 勤務先 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |
| サービス種別 | □居宅介護支援　　　　　　□介護予防支援  □小規模多機能型居宅介護  □看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修受講期間 | 令和　　年　　月　　日　〜　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務期間 | □対象研修を修了した日以降に３か月以上継続して勤務している  うち休職期間　令和　年　月　日〜令和　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |