

年 月 日

安来市長 様

所在地

法人又は事業所名

代表者氏名

（記名押印又は署名）

連絡先電話番号

（担当者名 ）

雇用証明書

証明日現在、下記のとおり雇用していることを証明します。

記

被 雇 用 者			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
就 業 先 事 業 所 ※1	名称		
	事業所番号		
	所在地		
	連絡先		
	管理者氏名		
雇 用 日 (勤務開始日)	年 月 日から	職 種	<input type="checkbox"/> 介護職員として雇用
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	勤務時間 ※2	週平均 時間
勤続期間	年 月 日（雇用日）から 年 月 日まで（終期がある場合のみ） ※ 終期の記載がある場合 <input type="checkbox"/> 継続して雇用予定 <input type="checkbox"/> 退職予定		
上記の内 休職期間	※産前産後休暇以外で、無給の休暇等を1月以上取得している場合はご記載ください。 休暇名（ ） 年 月 日 から 年 月 日まで		
※1 雇用後の 就業先異動	<input type="checkbox"/> 異動実績有 <input type="checkbox"/> 無	※2 雇用後の 勤務時間変更	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※1 雇用日以後、同一法人内の市内介護保険事業所等間で人事異動による所属替えを行っている場合は、「事業所」欄には現在の勤務先事業所を記載し、雇用日以後の所属先異動がわかる資料を別に添付してください。

※2 雇用日以後、雇用条件の週平均勤務時間に変更されている場合は、「勤務時間」欄には現在の勤務時間を記載し、雇用日以後の週平均勤務時間の変更履歴が確認できる資料を添付してください。