様式第２号（第４条関係）

介護サービス事業所・高齢者施設等就労証明書

（小郡市介護サービス事業所・高齢者施設等就労継続支援金）

（太枠内：雇用主記載欄）

就労者氏名	
就労者住所	
勤務先事業所等名	
勤務先事業所等所在地	
勤務形態	正規職員　・　臨時職員　・　その他（　　）
雇用期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日
１箇月当たりの勤務日数	１０日以上　　・　１０日未満
１日当たりの勤務時間	４時間以上　　・　４時間未満
その他	

上記の事項について事実と相違ないことを証明します。

年　　月　　日

雇用主

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印