

雇用証明書

(宛先) 厚木市長

年 月 日

事業者番号	
事業者名	
事業者所在地	
代表者氏名	印
連絡先	

下記の者は、次のとおり在職していることを証明します。

氏 名	
住 所	
勤 務 先	
採用年月日*	年 月 日
採用形態	当該介護施設等と、期間の定めのない労働契約を結んでいる者（1年以上の期間の労働契約を結んでいる者を含む。）であって、社会保険の被保険者であること。
職 種	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・薬剤師・保育士・保健師・看護師・准看護師・介護支援専門員・介護職員初任者研修修了者・介護職員実務者研修修了者・相談支援専門員・喀痰吸引等研修修了者（第1号、第2号、経過措置対象者）・管理栄養士・ホームヘルパー1級・ホームヘルパー2級・居宅介護職員初任者研修修了者・障害者居宅介護従業者基礎研修修了者・重度訪問介護従業者養成研修修了者・同行援護従業者養成研修修了者・行動援護従業者養成研修修了者・(改正前)居宅介護従業者養成研修（1級、2級、3級）修了者・(旧)全身性障害者外出介護従業者養成研修修了者・(旧)視覚障害者外出介護従事者養成研修修了者・(旧)知的障害者外出介護従業者養成研修修了者・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・公認心理師・調理師・教員職員

※なお、採用年月日とは上記「採用形態」を満たした日付とする。