

# 就 労 証 明 書

住所

氏名

生年月日

上記の者は、 年 月 日から \_\_\_\_\_ に  
職員として勤務していることを証明する。

年 月 日

介護保険事業所番号

事業所名

事業所電話番号

代表者名

⑩