

(参考様式)

## 雇用証明書

年 月 日

(提出先) 中能登町長

所在地

法人又は事業所名

代表者氏名

印

連絡先電話番号

(担当者氏名

)

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 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> リハ職・栄養士
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員	勤務時間	週平均
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	※2	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ヶ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 雇用日以降、同一法人内の町内介護保険サービス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、雇用日以降の所属先異動がわかる資料を別に添付してください。

※2 雇用日以降、雇用条件の週平均勤務時間が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、雇用日以降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。