

様式第 3 号（第 7 条関係）

安芸市介護職員等資格取得支援事業 雇用証明書

年 月 日

安芸市長 様

証明者 住 所

法 人 名

代表者名

電話番号

下記の者は、当事業所に雇用され、介護職員等として業務に従事していることを証明します。

氏 名	
住 所	
勤務先事業所名	
勤務先住所	〒 ー
採用年月日	年 月 日
雇 用 形 態	1. 正規職員 2. 臨時（パート）
主たる業務の内容 (該当するものに☑)	☐ 施設内における入浴、排泄、食事介助などの身体介護 ☐ 訪問による身体介護、生活援助又は移動支援 ☐ その他利用者への直接介護等