（参考様式3）

継続勤務証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 雇用年月日 | 令和　　年　　月　　日　 |
| 勤務事業所、勤務期間等 | 事 業 所 名 　所　 在　 地　サービス種別　職種　　□介護職員　　□ 訪問介護員　　□ 介護支援専門員勤務期間　　　　年　　月　　日～現在 |
| 勤務事業所、勤務期間等 | 事 業 所 名 　所　 在　 地　サービス種別　職種　　□介護職員　　□ 訪問介護員　　□ 介護支援専門員勤務期間　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 法人内の他の介護事業所から異動の場合は、異動前の情報を右欄に記載してください |
| 雇用形態 | * 正規職員
* 訪問介護員の非正規職員で月平均の労働時間が60時間以上の者
* 訪問介護員の非正規職員で年間の労働時間が720時間以上の者
 |

　　上記のとおり継続勤務していることを証明します。

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞