（参考様式1）

雇用及び雇用形態証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 勤務事業所名 | （勤務期間　　　　年　　月　　日～現在まで） | | |
| 事業所所在地 | 中津市 | | |
| サービス種別 |  | | |
| 雇用年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 職　　種 | * 介護職員　　　□ 訪問介護員　　　□ 介護支援専門員 | | |
| 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 | | |

　　上記のとおり雇用していることを証明します。

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞