様式第２号(第５条関係)

雇用証明書

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者住所 | 愛南町 |
| 対象者氏名 | (　　年　　月　　日　生) |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 愛南町 |
| 雇用期間 | 年　　　月　　　日　～ |
| 雇用形態 | １日当たり　　　　　　　時間勤務  　１週当たり　　　　　　　時間勤務 |
| 勤務の内容  (該当項目に☑を付けてください。) | □看護師　　　□管理栄養士　　□薬剤師　　□助産師  □社会福祉士　　□介護福祉士　　□歯科衛生士  □臨床検査技師　□理学療養士　□作業療養士  □言語聴覚士　　□精神保健福祉士 |

　上記のとおり雇用していることを証明します。

　　　　　　　　年　　月　　日

雇用主　住　　所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　印

担当者名・連絡先