

記入日 平成29年*月*日

大阪府知事 様

記入日忘れずに

在職証明書

従事者	氏名	大阪花子
	生年月日	昭和**年 **月 **日
	住所	大阪府**市*** **-*

従事業所	運営主体名	*****	社会福祉法人 **会 株式会社 **** 等
	事業所名	*****	**ヘルパーステーション ディザービス** 等
	所在地	大阪府**市** *-**	
	電話番号	**-* ** ** - ** **	証明書の内容確認のため、電話をさせて いただくことがあります
	事業所種別	*****	別表より選択
	事業所番号	27*****	

勤務形態	勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤 3. 派遣	
	職種	1. 介護職員 2. 訪問介	サービス付き高齢者向け住宅で訪問介護員として勤務
	※職務内容	**** (必須項目)	ディサービスでの食事介助・入浴介助・排泄介助業務 特別養護老人ホームで介護職員として入浴介助業務 等詳細に
	従事期間	平成29年**月**日 ~ 現在	平成 年 月 日まで勤務

※職務内容は詳細に記入してください。

勤務先証明	勤務先の住所	大阪府**市** *-**	給与の支払を受けている 勤務先の住所・名称を記入
	勤務先の名称	*****	
	代表者の職・氏名	***** . *****	代表者印 印

上記の者は、当事業所に勤務して (いる・いた) ことを証明します。

※派遣の場合: 勤務先証明は派遣元。派遣先証明は派遣先で証明をお願いします。

代表者印忘れずに

派遣先証明	上記内容で間違いありません。	
	平成29年**月**日	
	派遣先の住所	大阪府**市** *-**
	派遣先の名称	*****

代表の者職・氏名 ***** . ***** 代表者印 **印**

派遣の場合のみ
派遣先で証明をお願いします

代表者印忘れずに