

雇 用 証 明 書

年 月 日

事業所・施設名称	印
雇用主名(代表者)	
所在地	
連絡先	

次の者について、雇用していることを証明します。

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
勤 務 先			
雇 用 年 月 日	年 月 日～		
雇 用 形 態	※1	常 勤	臨 時
職 種	※2		
業 務 内 容	※3	(患者、利用者等と直接的な接触を伴う業務の有無 有 ・ 無)	
週 当 た り の 勤 務 時 間	週	時間勤務	
厚生年金保険	※4	加 入	未 加 入

※1 該当する方を○で囲んでください。

※2 「看護師」「介護福祉士」「介護支援専門員」などの名称を記載してください。

※3 ○○援助、○○補助、○○支援、○○事務など、簡潔に記載してください。括弧書き内の該当する方を○で囲んでください。

※4 該当する方を○で囲んでください。