様式第２号（第４条関係）

介護事業所勤務証明書

（高森町ケアマネ・ヘルパーエール支援金）

申請者　勤務者　住　所

氏　名

（太枠内：雇用主記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 | （名　称）（所在地） |
| 業務内容 |  |
| 資格名称等 |  |
| 就職日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 雇用形態 | 常勤　・　非常勤（週　　　時間　または　月　　　時間） |
| 雇用（予定）期間 | 　無期雇用　・　有期雇用（期間　　　　　　 ～ 　　　　　　） |
| 休職期間 | 　□　なし　□　あり（期間　　　　　　　　　 ～ 　　　　　　　　　　）※　　　年４月１日から過去6箇月の状況について記載してください。※産前産後休業は休職期間に含めないでください。 |