

(参考様式3)

継続勤務証明書

氏 名		生年月日	年 月 日
雇用年月日	年 月 日		
勤務事業所及び 勤務期間等	事業所名 所在地 職種 ☐ 介護職員 ☐ 事務職員 常勤職員としての勤務期間 年 月 日～ 年 月 日		
勤務事業所及び 勤務期間等 同一法人内の他の介護 サービス事業所から異 動の場合は、異動前の 情報を右欄に記載して ください	事業所名 所在地 職種 ☐ 介護職員 ☐ 事務職員 常勤職員としての勤務期間 年 月 日～ 年 月 日		
雇用形態	☐ 常勤職員(労働時間が週32時間以上又は月128時間以上の者) ☐ 常勤職員(労働時間が週30時間以上又は月120時間以上の者)		

上記のとおり、介護職員の常勤職員として3年間継続勤務していることを証明します。

年 月 日

法人名

代表者名

