

参 考

在 職 証 明 書 (例)

住 所

氏 名

生年月日

就業先名

就 業 地

上記就業地での
就業開始の日

年 月 日

契約期間 契約期間の定め 無し ・ 有り

職名及び職務内容

*病院、福祉施設の場合は、医師、看護師、介護福祉士として就業している場合には本事業の支援の対象とはなりません。

上記内容にて在職していることを証明します。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者名

上記の項目が入っていれば、任意の様式で構いません。