

文京区長 殿

法人所在地

法人名

代表者

（署名又は記名押印してください。）

担当者氏名

連絡先電話番号

## 就 労 証 明 書

下記の者は、交付申請時から 年3月31日現在まで、常勤の介護職員として継続して在職していることを証明いたします。

記

被 雇 用 者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	勤務先所在地	
	勤務先住所	
	勤務開始日	年 月 日