別記様式第２号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　**勤務証明書**

下記の者は、証明日現在、介護支援専門員等として勤務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(和暦) | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 現勤務先事業所名 | 　　　　　　　 |
| 当該事業所住所 | 〒 |
| 当該事業所での勤務開始日 | 年　　　　　月　　　　　日　～　現　在 |
| 職　種 | 主任介護支援専門員・介護支援専門員・社会福祉士・保健師(看護師) |
| 当該事業所での区被保険者に対するケアマネジメント期間 | 　　　年　　　　　月　　　　　日　　～　現　在 |
| 雇用形態 | 常勤　　・　　非常勤　　・　　派遣　　　 |

　　※　証明日は、申請日前１月以内であること。

　　※　雇用形態が派遣である場合は、派遣元との雇用契約書の写しを添付すること。