

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。