

別紙

知多北部広域連合長

在職証明書

氏名	住所	生年 月日	就職 開始 年月日	業務職種 (「介護職員」、 「介護支援専門員」等)

上記の者は、次の事業所に、90日以上継続して勤務していることを証明する。

年 月 日

事業所等の名称：

事業所等の所在地：

事業所等の電話番号：

法人名称：

主たる事務所の所在地：

代表者氏名：

作成者	所属	
	氏名	
	連絡先	