第４号様式(第６条関係)

就業証明書

　（宛先）江別市長

証明日　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の内容について、事実であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 雇用年月日  （採用決定日） | 年　　月　　日  （　　　　年　　月　　日） |
| 勤務時間 | 時　　分　～　　　時　　分 |
| 雇用形態  （該当欄に☑） |  |
| 保有資格 |  |
| 備　考 |  |

　※不規則勤務で勤務時間が記載できない場合は、本人の勤務時間が分かる書類の写しを添付してください。

　※雇用形態で「左記以外」に☑が付いた場合は、奨励金等の交付対象外です。

　※保有資格は、介護福祉士、（主任）介護支援専門員、社会福祉士、実務者研修修了者、（准）看護師、介護職員初任者研修修了者のいずれかを記載してください。

第４号様式 (第６条関係)

**記載例**

就業証明書

　（宛先）江別市長　後藤　好人

証明日　令和　×年　×月　×日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　江別市○○町１番地１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　○○　○○　　　　　　　　　㊞

下記の内容について、事実であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 | ｴﾍﾞﾂ　ｼﾞﾛｳ  江別　次郎 |
| 生年月日 | 平成　×年　×月　×日 |
| 住　所 | 江別市○○○町１０番地５  ○○○マンション１０５号室 |
| 雇用年月日  （採用決定日） | 令和　７年　４月　×日  （令和　７年　２月　×日） |
| 勤務時間 | ８時００分　～　１７時００分 |
| 雇用形態  （該当欄に☑） | ☑無期雇用の正規職員 |
| 保有資格 | 介護支援専門員 |
| 備　考 |  |

　※不規則勤務で勤務時間が記載できない場合は、本人の勤務時間が分かる書類の写しを添付してください。

　※雇用形態で「左記以外」に☑が付いた場合は、奨励金等の交付対象外です。

　※保有資格は、介護福祉士、（主任）介護支援専門員、社会福祉士、実務者研修修了者、（准）看護師、介護職員初任者研修修了者のいずれかを記載してください。