様式第３号（第５条関係）

**雇　用　証　明　書**

　年　　月　　日

臼杵市長　　　　　　　　　様

　　　申請者　住所

名称

代表者 職　氏名

次の者は、正規職員（期間の定めのない労働契約を締結し、就業規則に定めるところにより常時勤務する者）であることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象職員氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象職員住所 |  | | |
| 採用年月日 | 年　　月　　日 | 資格取得  （登録/更新）  年月日 | 年　　月　　日 |
| 職　　種 | * 介護職員 * 介護支援専門員 * 看護職員 * 調理員 | | |
| 勤務場所 | （施設名）  （所在地） | | |