

就労証明書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

別府市長 あて

商号又は法人名 社会福祉法人〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 福祉 剛

印

所在地 別府市〇〇町〇番〇号

電話番号 0977-〇〇-〇〇〇〇

担当者 福祉 良子

下記のとおり、当法人（当事業所）において就労していることを証明します。

記

勤務者氏名	別 府 介 吾
勤務者住所	別府市上野口町1番15号
勤務する事業所の名称	〇〇〇〇介護事業所
介護保険事業所番号	9999999999
勤務する事業所の住所	別府市〇〇町〇番〇号
勤務する事業所の電話番号	0977-〇〇-〇〇〇〇
在籍月数 (月の日数のうち15日以上在籍 していれば1か月と数える)	4か月 (令和4年 4月 1日～令和4年 7月 31日)
業務の中断月数	か月 (年 月 日～ 年 月 日)
業務の中断の理由	