

(参考様式 2-1)

## 在 職 証 明 書

|      |  |
|------|--|
| 氏 名  |  |
| 生年月日 |  |
| 住 所  |  |

|        |                                  |   |
|--------|----------------------------------|---|
| 内<br>容 | 施設又は事業所の設置法人等の名称                 |   |
|        | 施設又は事業所の名称                       |   |
|        | 介護保険サービス又は障害福祉サービスの場合は、そのサービスの種類 |   |
|        | 職種                               |   |
|        | 職務内容                             |   |
|        | 上記の職務に従事した期間                     | ～ |

備考 1 施設又は従事した期間が異なる場合は、証明書を分けること。

備考 2 サービス、職種、職務内容が異なる場合は、「内容」欄に分かるように記載すること。

備考 3 「職種」欄は、介護保険サービス又は障害福祉サービスの場合は、指定基準に定める名称を記載すること。

備考 4 証明する項目が同一である場合は、この参考様式を使用しなくてもかまいません。

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

証明者  
(住所)

(名称)

(代表者職・氏名)

印

【問い合わせ先】

(所属)

(担当者)

(連絡先電話番号)

在職証明書

|      |                |
|------|----------------|
| 氏名   | 〇〇 〇〇          |
| 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日    |
| 住所   | 岩手県盛岡市〇〇〇町 〇-〇 |

|    |                                  |                        |
|----|----------------------------------|------------------------|
| 内容 | 施設又は事業所の設置法人等の名称                 | 株式会社〇〇〇〇               |
|    | 施設又は事業所の名称                       | デイサービスセンター〇〇〇〇         |
|    | 介護保険サービス又は障害福祉サービスの場合は、そのサービスの種類 | 通所介護                   |
|    | 職種                               | 介護職員                   |
|    | 職務内容                             | 利用者の介護                 |
|    | 上記の職務に従事した期間                     | 平成26年4月1日 ~ 平成29年3月31日 |

- 備考1 施設又は従事した期間が異なる場合は、証明書を分けること。  
備考2 サービス、職種、職務内容が異なる場合は、「内容」欄に分かるように記載すること。  
備考3 「職種」欄は、介護保険サービス又は障害福祉サービスの場合は、指定基準に定める名称を記載すること。  
備考4 証明する項目が同一である場合は、この参考様式を使用しなくてもかまいません。

上記のとおりであることを証明します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

証明者  
(住所) 岩手県〇〇市〇〇〇町 〇-〇  
(名称) 株式会社〇〇〇  
(代表者職・氏名) 代表取締役 〇〇 〇〇

印

【問い合わせ先】  
(所属) 総務課  
(担当者) 〇〇 〇〇  
(連絡先電話番号) 019-123-4567