

第2号様式（第5条関係）

介護施設等勤務証明書（武蔵野市介護職・看護職R eスタート支援金）

勤務者 住所
氏名

（太枠内：雇用主記載欄）

勤 務 先	(名 称) (所在地)
業 務 内 容	
勤 務 形 態	常 勤 ・ 非常勤
(非常勤職員のみ) 雇用保険加入確認	<input type="checkbox"/> 雇用保険に加入している
資 格 等 の 有 無	有 () ・ 無
雇 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
雇 用 形 態	直接雇用 ・ 間接雇用
勤 務 日	週 () 時間勤務 又は 月 () 時間勤務
勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分 (1日実働 時間)
その他（勤務に関する特別な定めがある場合）	
<p>上記の事項について事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>雇用主 (事業主) 所在地 法人名 代表者名 印 電話番号</p>	