

様式第7号（別表関係）

令和3年7月1日

国東市長 様

法人名等を記入してください。

事業所所在地 国東市国東町鶴川〇番地
名称 医療法人 〇〇〇
代表者氏名 理事長 ●● □□ ㊟
電話番号 0978-72-△△△△

雇用証明書

証明日現在、次のとおり雇用していることを証明します。

被 雇 用 者	氏名	クニサキ タロウ ----- 国東 太郎	生年月日	平成9年〇月×日
	住所	国東市国東町鶴川〇〇〇番地		
	勤務先 事業所	(事業所名)	老人保健施設〇〇〇	
		(所在地)	国東市国東町□□1234番地	
	職種	介護職員		
	雇用年月日	令和3年4月1日		
	正規雇用開始日 <small>※非正規職員から正規職員として雇用された方のみ</small>	年 月 日		
雇用形態 <small>※訪問介護員のみ</small>	正規職員 ・ 非正規職員			
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	勤務時間が月平均60時間以上又は年間720時間を越える雇用条件である。		

非正規職員から正規雇用された方のみ、正規雇用の開始日を記入してください。

申請者が訪問介護員の場合、雇用形態及び雇用条件を選択してください。