（介護福祉士実務者研修受講資金＿法人保証）

勤務証明書

　　年　　月　　日

東京都社会福祉協議会会長　様

法人名

法人代表者職名・氏名

（職印）

証明書作成者の所属・氏名

連絡先ＴＥＬ

下記の者は次の通り当法人で　〔　勤務　・　勤務内定　〕　していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務（内定）者氏名 |  |
| 法人名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 施設・事業所所在地 | 〒 |
| 施設・事業所種別 |  |
| 職種 |  |
| 雇用開始日 | 西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 雇用形態 | □　常勤  □　非常勤　　1月あたりの勤務日数　　　　日 |