年　　月　　日

町田市長　宛て

**就労証明書**

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

次の者を介護職員として雇用していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 就労先事業所※ | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 雇用形態 | □正規職員□非常勤職員 |
| 就労日 | 介護職員として　　　　年　　月　　日から現在まで、継続して就労しています。 |
| 本件に係る事務担当者 |  | 連絡先電話番号 |  |

※１　就労先事業所は、町田市内のみ対象とします。（法人の所在地は市外でも構いません）

※２　虚偽の証明書は無効です。記載内容確認のため、電話等により照会させていただく場合があります。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

２０２５年〇月○○日

町田市長　宛て

**就労証明書**

**代表者印は　省略可能です　※２**

所在地　　東京都町田市△町△－△－△

法人名　　株式会社　△△

代表者名　代表取締役　△△　△△　㊞

**就労証明書を発行する人の**

**肩書（例：理事長　等）を忘れずに記入してください**

次の者を介護職員として雇用していることを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 氏名 | 介護　太郎 |
| 住所 | ○○県○○市○○町○○番地**被雇用者は市内在住に限りません。** |
| 就労先事業所※ | 名称 | △△デイサービス |
| 所在地 | 町田市〇〇△丁目△番△号　△△ビル |
| 雇用形態 | ☑正規職員**就労先事業所として記入できるのは町田市のみです　※１**□非常勤職員 |
| 就労日 | 介護職員として　２０２５年４月１日から現在まで、継続して就労しています。 |
| 本件に係る事務担当者 | △△　花子 | 連絡先電話番号 | ０４２－△△△－△△△△ |

※１　就労先事業所は、町田市内のみ対象とします。（法人の所在地は市外でも構いません）

※２　虚偽の証明書は無効です。記載内容確認のため、電話等により照会させていただく場合があります。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－