

在職証明書

年 月 日

社会福祉法人栃木県社会福祉協議会長 様

住 所 〒

氏 名

（自署）

電話番号

携帯電話

下記のとおり従事していることを証明します。

法人名			
施設・事業所名			
施設・事業所住所 電話番号	住所 〒 電話番号 ()		
施設・事業種別			
雇用形態	正規雇用・常勤・非常勤 パート	職 種	
従事期間	年 月 日 ～ 年 月 日 / 現在まで		
<input type="checkbox"/>	上記の者は、今後も介護職員として就労する意欲があり、介護員養成 研修受講費用の助成を受けることがふさわしい者である。		

上記のとおり相違ないことを証明します。

所 在 地

法人名 / 施設・事業所

代表者 / 管理者名

印