

## 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

⑩