在籍証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 入 職 日 |  |
| 職　　種 |  |
| 施設・事業所名称 |  |
| 施設・事業所所在地 |  |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 備　　考 |  |

上記の者は、当法人が設置運営する施設・事業所に勤務していることを証明する。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

 代 表 者　　　　　　　　　　　　㊞