

別記様式第2号（第4条関係）

事業所証明書

申請者 住所 大泉町

氏名

印

電話番号

上記申請者は当事業所において、基準日（当該年度の4月1日）から引き続き、
介護職員として、勤務していることを証明する。

年 月 日

所在地

事業所

印

電話番号