

第2号様式（第6条関係）

雇用証明書

（フリガナ） 氏 名	
住 所	
勤 務 先	施設・事業所名
	事業所番号
	所在地 千代田区
採 用 年 月 日	年 月 日 (有期雇用の場合は雇用期間が終了する日 年 月 日)
採 用 形 態	常勤（週32時間以上）
職 種	
東京都の介護職員奨学金返済・育成支援事業の適用	適用あり ・ 適用なし

上記の者が、在職していることを証明します。

年 月 日

事業者名

事業主名（代表者）

印

連絡先