介護保険認定情報等提供に係る在職証明書

介護保険課長　　様

フリガナ

氏名

生年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

所属

※事業所・施設名等を記入してください。

上記の者は当事業者に在職していることを証明します。

事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※事業者印を押印してください。

所在地

代表者

発行日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

※この証明書は，発行日から１カ月以内に限り有効です。