別紙様式４

就業証明書

□認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）管理者用

□小規模多機能型居宅介護事業所管理者用

□看護小規模多機能型居宅介護事業所管理者用

【**※** 該当する□にチェックください。】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | |  |
| 生　年　月　日 | | S・H　　　年　　　月　　　日 |
| 就　業　期　間 | | S・H　　年　　月　　日　～ S・H・R　　年　　月　　日 |
| 就　　業  事業所の | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 職　　種 | |  |
| 職務内容 | |  |

上記の者は，当事業所において**認知症高齢者の介護**に従事していたことを証明します。　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

事業所の

所 在 地：

事業所名：

法人印

代表者の

職名・氏名: