

就 業 証 明 書

☐ 認知症対応型共同生活介護事業所管理者用

☐ 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 :

代表者の
職名・氏名 :

法人印