様式第２号（第５条関係）

 雇用証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 就業居宅介護支援事業所名 |  |
| 保有する資格※該当するいずれかの欄に○をつけること。 |  | 介護支援専門員 |
|  | 主任介護支援専門員 |

上記のとおり雇用していること、通年に渡り居宅介護支援事業所に所属し、能登町の介護保険被保険者の居宅介護支援等を月平均10件以上（当該年度4月1日から3月31日までの見込み数として）提供していることを証明します。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）　能登町長

住　　所

事業所名

代表者名