第２号様式（第６条及び10条関係）

在籍証明書

（宛先）愛川町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 事業所名  事業所所在地  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  連絡先 |

下記の者は、次のとおり在職していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 勤務先 |  |
| 採用年月日 | 年　　月　　日 |
| 採用形態 | **[介護施設等]**  当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする。）に達し、町内の介護施設等を適用事業所とする社会保険の被保険者であること。  **[病院等]**  病院等に１週間の勤務時間が１年を平均して30時間以上又は１月の勤務時間が120時間を超える勤務条件に達し、町内の病院等を適用事業所とする社会保険の被保険者であること。 |
| 職種 | 〈介護職等〉社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・保育士・保健師・看護師・准看護師・介護支援専門員  〈看護職等〉保健師・助産師・看護師・准看護師・歯科衛生士 |