第２号様式（第５条関係）

在籍証明書

（宛先）愛川町長

　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 事業者名  事業者所在地  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。  **[保育施設等]**  期間の定めのない労働契約を結んでいる者（１年以上の期間の労働契約を結んでいる者を含む。）であって、保育施設等において１日６時間以上かつ月20日以上常態的に継続して勤務し、町内の保育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。 |
| 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  **〈保育職〉**保育士 |