

様式第2号（第5条関係）

勤務証明書

勤務者氏名	
勤務者生年月日	年 月 日
就職年月日	年 月 日
雇用期間の定め	有 ・ 無
業務の種類	歯科衛生士業務 ・ その他（ ）
役職	
1日当たりの勤務時間	時間 分
1月当たりの勤務日数	日
賃金	月給制 ・ その他（ ）

※ 1月当たりの勤務日数は、1月を4週として記入してください。

上記の者は、当施設に勤務していることを証明します。

また、砥部町から上記の者の勤務状況の照会に応じることに同意します。

年 月 日

証明者 施設所在地
施設名称
代表者氏名

