

(第2号様式)

令和 年 月 日

川崎市介護支援専門員更新研修受講・就労促進事業就業証明書

川崎市長 あて

所在地
法人名
代表者名

次の者が、本事業所において介護支援専門員として3か月以上、介護支援専門員業務に従事していることを証明します。

被雇用者	氏名			
	住所			
就業先 事業所※1	名称			
	所在地			
雇用形態※2	☐ 正規職員 ☐ 非常勤職員、パート、アルバイト ☐ その他（ ）			
	勤務日数（週 日間） 1日の勤務時間（ 時間）			
就業日※3	3か月以上継続して、介護支援専門員業務に従事しています。			
本件に係る 事務担当者			連絡先 電話番号	

※1：就業先事業所は川崎市内のみ対象とします。（法人の所在地は市外でも構いません）

※2：就業先事業所において直接雇用されていない場合（派遣社員等）は対象となりません。