

勤務証明書（麻しん予防接種助成対象者確認用）

証明年月日 年 月 日

下記の者が勤務していることを証明します。

氏名 _____

生年月日 年 月 日（ 歳）

施設種別（該当するものに○をつけて下さい。）

幼稚園、認定こども園、保育所、地域型保育事業所、ファミリーホーム、
認可外保育施設、乳児院、児童養護施設、福祉型障がい児入所施設、
福祉型児童発達支援センター等、その他（ ）

事業所所在地

事業所名

代表者氏名

印

電話番号