

八千代市長 あて

発行日 年 月 日

就 業 証 明 書

運営法人

名 称

所在地

連絡先

代表者職氏名

()

印

(代表者職印)

事業所

事業所番号

名 称

所在地

連絡先

八千代市

()

八千代市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付について、下記の者の就業につき、下記のとおり証します。

法人証明欄	下記に記載する者は 年 月 日（雇用開始日）から、 <u>3か月以上</u> 当事業所で継続して雇用し、 また現在においても当事業所にて雇用していることを証します。
-------	--

記

雇用される者	氏 名	
	住 所	
	従業者の種別	介護職員 ・ 訪問介護員 （どちらか該当する方に○をして下さい。）
	常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤 （どちらか該当する方に○をして下さい。）

法人担当者

所属(職)・氏名

連絡先