第２号様式（第６条）

　　　　年　　　月　　　日

習志野市長　宛て

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)

事業所番号

事 業 所

名　　　　称

所　 在　 地

連　 絡　 先 　　　　　（　　　　）

管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（管理者印)

習志野市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付の申請に当たり、下記の者について下記のとおり証します。

記

|  |
| --- |
| 下記に記載される者は　　　　年　　月　　日から当事業所で雇用し、かつ申請日において就業していることを証します。また、（介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修）に要する受講料及び教材費に対する助成費用額は以下のとおりです。 |
| 雇用されている者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 従業者の種別 |  |
| 常勤・非常勤の別 | 常勤　・　非常勤　（どちらか該当する方に〇をしてください。） |
| 他の助成費用 | 　　　　　円 |

記載者　職・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号（　　　　－　　　　－　　　　　）