発行日　　　　年　　　月　　　日

船橋市長　あて

**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**

事業所番号

名　　　　称

所　 在　 地　　船橋市

連　 絡　 先 　　　　　（　　　　）

船橋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、３か月以上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。） |

所属(職)・氏名

法人担当者

連　絡　先