

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 _____ () _____

船橋市障害福祉サービス従事者に対する研修費用助成事業補助金の交付について、以下のとおり証します。

●証明事項について

法人証明欄	下記に記載する者は、直接利用者を支援する者であり、 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、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

雇用されるもの	氏 名	
	住 所	
	従業者の種別	
	常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤 （該当するものに○をして下さい。）

法人担当者 { 所属(職)・氏名 _____
連 絡 先 _____