

(別紙2)

発行日 年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

設置法人 { 名称
所在地
電話番号
代表者氏名 } 代表者印

事業所 { 事業者番号
名称
所在地
電話番号
管理者氏名 } 管理者印

就 業 証 明 書

鎌ヶ谷市介護職員研修受講料等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、6か月以上当事業所で継続して雇用していることを証します。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。

雇用されている者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	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○をしてください。)

記載者 職・氏名 ()

電話番号 ()