

就 業 証 明 書

年 月 日

(宛先) 浦 安 市 長

法 人 名 _____

事 業 所 名 _____

事 業 所 所 在 地 _____

代 表 者 職 ・ 氏 名 _____ 印

(法人代表者 ・事業所代表者)

該当する方に☑をつけてください。

浦安市介護職員研修受講料等補助金の交付について、下記の者が介護職員として就労していることを証します。

被 雇 用 者	住 所	〒
	氏 名	
	連 絡 先	— — (自 宅 ・ 携 帯)
	雇用開始日	年 月 日から現在も就労中
	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)
雇 用 者	法人名	
	所在地	
	代表者職・氏名	
	電話番号	
就 労 し て い る 事 業 所	事業所名	
	所在地	
	介護サービス種別	
	代表者職・氏名	
	電話番号	

《 研修受講料等の助成に関する証明について 》

上記の者に対する介護職員研修受講料について、就業している運営法人から受講料及び教材費の助成について、以下のとおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定である。

(金額の分かる資料を添付してください。)

助成を行っていない。

(該当する方に☑をいれてください)

記入者 職・氏名 ()