（別紙）

発行日　　　年　　月　　日

鎌ケ谷市長　様

名称

設置法人

所在地

電話番号

代表者氏名　　　　　　　　　代表者印

事業者番号

事業所

名称

所在地

電話番号

管理者氏名 　　　　　 管理者印

就 業 証 明 書

鎌ケ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（　　　　　　　　　　　　　　　　）