介護職員等研修助成金

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

就　労　証　明　書

三 原 市 長 様

事業所　　所 在 地

（雇用主）　事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号（連絡先）

次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就労者氏名 |  | |
| 就労者住所 |  | |
| 就労場所 | 就労事業所 |  |
| 所在地 |  |
| 勤務形態 | １　常勤　　　　２　非常勤 | |
| 業務内容 |  | |
| 就労の時間 | 週平均　　　　時間 | |
| 就労年月日 | 年　　　月　　　日から | |
| 備考 |  | |