

年 月 日

安来市長 様

所在地

法人又は事業所名

代表者氏名

(記名押印又は署名)

連絡先電話番号

(担当者名)

就労証明書

安来市介護福祉士育成支援補助金の交付について、下記の者の就労につき、
年 月 日から3か月以上就労しており、かつ、現在においても本
事業所に就労していることを証明します。

記

被雇用者			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
就 労 先 事 業 所	名 称		
	所 在 地		
	連 絡 先		
就 労 日 (勤務開始日)	年 月 日	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤