第２号様式（第６条第１項第３号関係）

就　業　証　明　書

令和　　年　　月　　日

（宛先）白井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

白井市介護職員初任者研修等受講費用助成金の交付について、下記の者の就業につき、

令和　　年　　月　　日から介護職として３箇月以上当事業所で就業しており、かつ、現在においても当事業所に就業していることを証します。

記

被雇用者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 勤務先所在地 |  |
| 勤務事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| 常勤・非常勤の別 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　（記載者氏名等　　　　　　　　　　　　　　　）