第２号様式（第６条第１項）

就業証明書

年　　月　　日

　木更津市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　設置法人　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代表者印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　木更津市介護職員初任者研修費用助成金の交付申請にあたり、下記の者について就業していることを証明します。

記

|  |
| --- |
| 以下記載されている者は、　　　　　年　　　月　　　日から３か月以上継続し、現在も当事業所で勤務していることを証します。　また、初任者研修に要する受講料又は教材費に対する助成をしていないこと及び助成をすることができないことを証します。 |
| 被雇用者 | 氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 |  |
| 常勤・非常勤の別 | 常　勤　・　非常勤　（どちらか該当する方に○印） |