

様式例

年 月 日

四街道市長 様

就業証明書

名称(設置法人)

所在地

連絡先 ()

代表者職氏名

名称(事業者)

事業者番号

所在地

連絡先 ()

代表者職氏名

四街道市介護職員初任者研修等費用助成事業補助金の交付について、下記の者の就業につき、次のように証します。

法人証明欄	下記に記載される者は 年 月 日から3か月以上 当事業所で雇用していることを証します。
-------	---

記

雇用される者	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○をして下さい。)

記載者 職氏名 ()