発行日　平成30年5月1日

みやま市長　様

就　業　証　明　書

名称　　株式会社　　○○○○

運営法人

所在地　　みやま市○○町××番地

連絡先　　0944-○○-△△××

代表取締役、理事等、法人の代表者の印

代表者職氏名　　代表取締役　○○　○○　　　㊞

(代表者職印)

事業所番号　　　○○○×××△△△△

事業所

名称　　　○○ヘルパーサービス

所在地　　　みやま市○○町××番地

連絡先　　　0944-○○-△△××

管理者、施設長の印。なければ、管理者、施設長の個人印。

代表者職氏名　　管理者　　○○　　○○　　　㊞

(代表者職印)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| みやま市介護職員初任者研修受講支援事業補助金の交付について、下記の者の就業につき、下記のとおり証します。  雇用開始日を記入。 | | |
| 法人証明欄 | 下記に記載する者は、  平成２９年　２月　２８日から、３か月以上当事業所で継続して雇用し、また現在においても当事業所にて雇用していることを証します。 | |
| 記 | | |
| 雇用される者 | 氏　　名 | みやま　たろう |
| 住　　所 | みやま市○○町△△番地 |
| 従業者の種別 | 介護職員 ・ 訪問介護職員 (どちらか該当する方に○をして下さい) |

所属(職)・氏名　　総務　　　○○　○○

連絡先　　0944-○○-△△××

担当者

本証明書を作成(記載)した

担当者名等を記入。