発行日　　　　　年　　　　月　　　　日

みやま市長　様

就　業　証　明　書

名称

運営法人

所在地

連絡先

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(代表者職印)

事業所番号

事業所

名称

所在地

連絡先

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(代表者職印)

|  |
| --- |
| 　みやま市介護職員研修等受講支援事業助成金の交付について、下記の者の就業につき、下記のとおり証します。 |
| 法人証明欄 | 下記に記載する者は、　　　　　　　年　　　　月　　　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 |  |
| 住　　所 |  |
| 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) |

担当者

所属(職)・氏名

連絡先