

就労証明書

平成 年 月 日

柏市長 あて

法人名 _____
 事業所名 _____
 事業所所在地 _____
 代表者職・氏名 _____ 印

(法人代表者 ・ 事業所代表者)※該当する に をつけてください

柏市介護職員初任者研修受講料等助成金の交付の申請にあたり、
 次の者が介護職員として就労していることを証明します。

| | | |
|---|----------|---------------|
| 被 雇 用 者 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 雇用開始日 | 年 月 日から現在も就労中 |
| | 雇用形態 | 常勤 ・ 非常勤 |
| 雇 用 者 | 法人名 | |
| | 所在地 | |
| | 代表者職・氏名 | |
| | 電話番号 | |
| 就 労 し て い る 事 業 所 | 事業所名 | |
| | 所在地 | |
| | 事業所番号 | |
| | 介護サービス種別 | |
| | 代表者職・氏名 | |
| | 電話番号 | |

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する介護職員初任者研修の受講料及び教材費の助成
 について、以下のとおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定がある
 ※助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

(該当する に をつけてください)