

就労証明書

令和 年 月 日

柏市長 あて

法人名

法人所在地

事業所名

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等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	
就労先	事業所名	
	所在地	
	事業所番号	
	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、今後もし行う予定がない
(該当する に をつけてください)