様式第２号（第６条第１項第３号関係）

　　　　年　　月　　日

銚子市長　　　　　　　　　　様

就　業　等　証　明　書

設置法人　　名　　　称

　　　　　　所　在　地

　　　　　　代表者氏名

　　　　　　連　絡　先

事業所　　　事業所番号

　　　　　　名　　　称

　　　　　　所　在　地

　　　　　　管理者氏名

　　　　　　連　絡　先

　銚子市介護職員初任者研修等費用補助金の交付の申請に当たり、次のとおり証します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次に記載する者は  　　　　　　　年　　月　　日から当事業所で雇用しています。  　また、介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修に要する受講料又は教材費に対する助成等の金額は以下のとおりです。 | | |
| 雇用されている者 | 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〇をしてください。） |
| 研修受講費用助成額 | | 円 |

記載者　職・氏名（　　　　　・　　　　　　　　　）