令和　　　年　　月　　日

　本　宮　市　長

就　労　証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　　歳) |
| 住　　所 |  | | |
| 就労状況 | 事業所名 |  | | |
| 事業所所在地 |  | | |
| 施　設・  サービス種別 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 雇用開始日 | 年　　月　　日　から　現在 | | |
| 雇用形態 | □正規職員　　□契約社員　　□臨時職員　　□パート職員  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※就労事業所は本宮市内のみ対象とします。

※本宮市介護資格取得費用助成金交付申請時においても就労が継続されている場合に限ります。