

様式2号(第6条関係)

就 業 証 明 書

年 月 日

神石高原町長様

設 置 法 人

名 称 _____

所 在 地 _____

連 絡 先 _____ () _____

代表者職氏名 _____

事 業 所

名 称 _____

所 在 地 _____

連 絡 先 _____ () _____

代表者職氏名 _____

神石高原町介護職員初任者研修受講支援事業の請求（申請）に当たり、次のとおり証明します。

法人証明欄	下記の者は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日より引き続き当事業所で雇用していることを証明します。
-------	--

雇用される者	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○をしてください。）

記載者 職氏名(_____)