別紙２

年　　月　　日

　竹原市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　所在地

事業所を運営する法人名（代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

就　業　証　明　書

竹原市介護職員研修受講支援補助金を交付申請するにあたり，次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従業者 | 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| 住所及び連絡先 | 〒　　　　－  TEL |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 就業  先 | 事業所名称 |  |
| 事業所所在地  （※1） | 〒　　　　－ |
| 事業所連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　担当者氏名： |
| 雇用形態等 | 雇用形態（※2） | □正規職員  □非常勤職員，パート，アルバイト  □その他（　　　　　　　　　　　）  勤務日数（週　　　日間）　１日の勤務時間（　　　時間） |
| 事業所での職種及び職務内容 | □介護職員  □訪問介護員  職務内容： |
| 事業所勤務期間 | 年　　　月　　　日～現在　　（　　　年　　か月） |

※１：就業先事業所は竹原市内のみ対象となります。

※２：就業先事業所において直接雇用されていない場合（派遣社員等）は対象となりません。