

様式第2号（第6条関係）

就業証明書

年 月 日

我孫子市長 あて

法人名 _____

法人所在地 _____

事業所名 _____

代表者職・氏名 _____ ㊟

（法人代表者 ・ 事業所代表者 ）

※ 該当する に を付けてください。

我孫子市介護職員養成研修受講費助成金の交付の申請に当たり、次の者が介護職員として就業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 日から現在も就業中
	雇 用 形 態	常勤 ・ 非常勤
雇用者	法 人 名	
	所 在 地	
	代表者職・氏名	
就業先	事 業 所 名	
	所 在 地	
	事 業 所 番 号	
	代表者職・氏名	
	電 話 番 号	

【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（喀痰吸引等研修の場合は保険料を含む。）の助成について、次のとおりであることを証明します（該当する に を付けてください。）。

助成を行った又は行う予定がある。

※ 助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。

助成を行っていない（今後もし行う予定がない。）。

【喀痰吸引等研修費の助成を申請する場合】

登録喀痰吸引等事業所又は登録特定行為事業者である。

（記載者氏名 _____）

※ 助成金の交付から一定期間経過後、法人又は事業所に対して、我孫子市から被雇用者の就業状況を照会する場合があります。