第２号様式（第６条）

就業証明書

年　　月　　日

（宛先）茂原市長

法 人 名

所 在 地

代表者名　　　　　　　　　　　　印

　茂原市介護職員初任者研修受講費用助成金の交付について、次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 就業開始の日 | 年　　月　　日から３か月以上継続し、現在も下記勤務地において就労しています。 |
| 雇用形態 | 　□　常勤　　□　非常勤 |
| 雇用者 | 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 勤務地 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |