

(参考様式)

就業証明書

年 月 日

(提出先) 中能登町長

所在地

法人又は事業所名

代表者氏名

印

連絡先電話番号

(担当者氏名

)

中能登町介護分野資格取得支援事業助成金の交付について、下記に記載する者は、
証明日現在、下記のとおり就業していることを証明します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
就業先 事業所	名 称		
	事業所番号		
	所在地		
	連絡先		
	管理者氏名		
雇用日 (勤務開始日)	年 月 日から	職 種	介護職員
雇用形態	☐ 正規職員 ☐ 非正規職員	勤務形態	☐ 常勤 ☐ 非常勤
就業期間	年 月 日(雇用日)から 年 月 日まで(終期がある場合のみ) ※ 終期の記載がある場合 ☐ 継続して雇用予定 ☐ 退職予定		
備 考			