

就 労 証 明 書

年 月 日

大 竹 市 長 様

所在地

法人名

代表者

⑩

大竹市介護・福祉分野人材確保（資格取得等支援）事業実施要綱に基づく助成金の交付について、下記のとおり、記入日現在において当事業所で就労していることを証明します。

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	
	職 種	
就労事業所	事業所名	
	所 在 地	大竹市
	サービス種 別	
雇 用 携 帯	<input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム（週20時間以上）	
就 労 状 況	上記事業所で、 年 月 日から継続して就労 しています。	

(注意事項)

- (1) 就労事業所は、大竹市内が対象となります。
- (2) 被雇用者は、大竹市内の介護・福祉サース事業所に職員等として、6か月以上
継続して就労していることが必要です。
- (3) 事業者において直接雇用されていない従事者（派遣社員等）は、対象となりません。