

就労証明書

深川市長 様

法人所在地

法人名称

代表者

印

下記のとおり介護職員として就労していることを証明します。

被雇用者	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
	雇用開始 年月日	年 月 日
就労 事業所	事業所名	
	施設・サー ビス種別	
	事業所番号	
	所在地	
	電話番号	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 臨時職員 <input type="checkbox"/> パート職員 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※就労事業所は深川市内のみ対象とします。（法人の所在地は市外でも可とします）

また、深川市介護人材育成研修等事業助成金交付要綱第2条第4号に掲げる事業を提供する事業所に介護職員として就労し、かつ、申請時においても就労が継続されている場合に限りです。