様式第２号（第６条関係）

　　年　　月　　日

福祉資格取得助成事業就業証明書

佐用町長　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次の者を介護職員として　雇用・雇用予定　していることを証明します。

１　氏　　　　　名

２　住　　　　　所

３　就労開始年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

４　就労形態　　　常勤　・　非常勤　・　パート　・　アルバイト

その他（　　　　　　　　　　　　）

 　　勤務日数（週　　日間）

　１日の勤務時間（　　時間）

５　就業先事業所　　　所在地

　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　担当者