

(別紙2)

年 月 日

松戸市長

就 業 証 明 書

設置法人	}	名 称
		所 在 地
		連 絡 先
		代表者氏名
事業所	}	事業者番号
		名 称
		所 在 地
		連 絡 先
		管理者氏名

松戸市介護職員初任者研修等費用補助金の交付の申請に当たり、下記の者について下記のとおり証します。

記

下記に記載される者は		
年 月 日から当事業所で雇用していることを証します。		
また、(介護職員初任者研修・介護福祉士実務者研修) に要する受講料又は教材費に対する補助をしていないことを証します。		
雇 用 さ れ て い る 者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	従業者の種別	
	常勤・非常勤の別	常勤 ・ 非常勤 (どちらか該当する方に○をしてください。)

記載者 職・氏名 ()