

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

狛江市長 宛て

法人又は事業所名

所在地

代表者職氏名

就 業 証 明 書

狛江市介護職員研修受講費助成の申請に当たり、下記のとおり証明します。

記

被 雇 用 者	住 所	
	氏 名	
	勤務先名称	
	勤務先所在地	
	就 業 日	年 月 日から、3箇月以上事業所で 継続して介護職員として雇用し、また現在においても当 事業所に就労しています。
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
本件に係る 事務担当者・連絡先	氏 名 電話番号	

※助成対象研修修了後、3箇月以上継続して介護職員として就労している方が対象です。
(要綱第4条関係)