様式第２号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

市川市長

就　業　証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

設置法人

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　代表者印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　事業所　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　管理者印

　市川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、本事業所は、下記の記載される者に対し、  □介護職員初任者研修の受講料  □介護福祉士実務者研修の受講料  □主任介護支援専門員研修の受講料  □介護支援専門員実務研修受講試験の受験料  □介護支援専門員実務研修の受講料　　　　　　　（各受講料には教材費を含みます。）  に係る補助その他相当の反対給付を受けない給付として、  □　　　　　　円の給付をした、又はすることができること  □給付をしないこと　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　記載者　職・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）