

市川市長

就 業 証 明 書

設置法人	{	名 称	
		所 在 地	
		連 絡 先	
		代表者氏名	代表者印
事業所	{	事業者番号	
		名 称	
		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	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤

記載者 職・氏名 ( )