

様式第2号（第6条関係）

就業証明書

市川市障がい者（児）喀痰吸引等研修費補助金の交付の申込みに当たり、下記のとおり証明します。

記

次の者について、 年 月 日時点で当事業者の運営する事業所で雇用していることを証明します。

| | | |
|-----------|-------------|--|
| 雇用されている者 | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | |
| | 住 所 | |
| | 雇用開始年月日 | |
| 雇用している事業所 | 名 称 | |
| | 事 業 所 番 号 | |
| | サ ー ビ ス 種 別 | |
| | 住 所 | |

（申込者）

所 在 地

事 業 者 名

代 表 者 氏 名

電 話 番 号