就業証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

　（宛先）山武市長

　　　　　　　　　　　　　　 法人又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　　　）

　山武市介護職員初任者研修受講費用助成金の申請者について、次のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 就業開始の日 | 　　年　　月　　日から勤務地において継続して就労しています。 |
| 勤務地名称 |  |
| 勤務地所在地 |  |