

就業証明書

年 月 日

我孫子市長 あて

法人名 _____

法人所在地 _____

事業所名 _____

代表者職・氏名 _____ 印

（法人代表者 ・ 事業所代表者 ）

※ 該当する に を付けてください。

我孫子市介護支援専門員等研修受講費助成金の交付の申請に当たり、次の者が介護支援専門員等として就業していることを証明します。

被雇用者	氏 名	
	住 所	
	雇 用 開 始 日	年 月 日から現在も就業中
	雇 用 形 態	常勤 ・ 非常勤
雇 用 者	法 人 名	
	所 在 地	
	代表者職・氏名	
就 業 先	事 業 所 名	
	所 在 地	
	事 業 所 番 号	
	代表者職・氏名	
	電 話 番 号	

【受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する研修の受講料及び教材費の助成について、次のとおりであることを証明します。（該当する に を付けてください。）

- 助成を行った又は行う予定がある。
 ※ 助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。
- 助成を行っていない（今後もし行う予定がない。）。

（記載者氏名 _____）

※ 助成金の交付から一定期間経過後、法人又は事業所に対して、我孫子市から被雇用者の就業状況を照会する場合があります。