様式第４号（第６条関係）

就労証明書

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　佐倉市介護人材資格取得等支援事業補助金の交付に当たり、下記の者について、当事業所で雇用していることを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就労者 | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 就労事業所 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 電話番号 |  |
| 就労開始日 | 年　　月　　日 | |
| 就労形態 | 常勤　・　非常勤　・その他（　　　　　） | |
| 補助制度の有無 | 当事業者に当該研修費用を負担する制度はありません。 | |