様式第２号(第５条関係)

勤　務　証　明　書

（庄原市介護人材確保事業補助金）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現 住 所 | （〒　　　　　-　　　　　） |
| 就業年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 雇用形態（該当にチェック） | □正規雇用　　　　　　　　　□パート□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所定労働時間 | 週（　　　　）時間　　　又は　　　月（　　　　）時間 |
| 就業時の勤務先 | （名　称） |
| （所在地） |
| 現勤務先 | （名　称） |
| （所在地） |
| 業務内容 |  |
| 市内事業所での勤務期間 | □１年以上　　　　　　　　　□１年未満 |
| 上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。　　　　　　　　年　　　　月　　　　日雇用主（事業主）　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　） |