

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)	<input type="checkbox"/> 正規雇用 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満
<p>上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>雇用主 (事業主)</p> <p>所在地 _____</p> <p>法人名 _____</p> <p>代表者名 _____ 印</p> <p>電話番号 _____ (担当者氏名 _____)</p>	