

（あて先）千葉市長

証 明 日	年	月	日
法人所在地			
法 人 名 称			
法人代表者			
役職	氏名	印	
※代表取締役、理事など代表者印を押印してください。			
記入担当者名（		） 担当者連絡先（ - - ）	

千葉市介護職員研修受講者支援事業就労証明書

千葉市介護職員研修受講者支援事業助成金の交付の申請に当たり、証明日において、下記の者が 就労先事業所で3月以上継続し介護職員として就労していることを証明します。

記

被 雇 用 者	氏 名	
	住 所	
	就労開始日 従 事 日 数	<p>年 月 日から現在も下記の事業所に就労している</p> <p>・上記開始日から起算して30日以上従事して（ <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない ）</p> <p>※30日に満たない場合は、申請ができません。</p> <p>・証明日において、退職の予定は（ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ）</p> <p>※退職予定がある場合は日付を記入してください。令和 年 月 日退職予定</p>
	雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（パート、アルバイト） <input type="checkbox"/> 派 遣 ※相談員や事業所の管理者等は原則対象外です。
就 労 先 事 業 所	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	事業所番号	
<p>【研修受講料等の助成に関する証明欄】</p> <p>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、以下のとおりであることを証明します。</p> <p><input type="checkbox"/> 助成を行っている、または行う予定がある（金額を記入）</p> <p>助成（予定）額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/> 助成を行っておらず、また、今後行う予定がない</p>		

※は該当する項目にチェックしてください。

※申請日において、証明日から一定期間経過している時は、被雇用者の就労状況を照会する場合があります。