

様式第 2 号（第 5 条関係）

伊那市介護従事者資格取得支援補助金就業証明書

年 月 日

（宛先）伊那市長

（勤務先）所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

印

次の者について、当社（介護保険施設・事業所）において、期間の定めのない雇用契約により勤務していることを証明します。

被雇用者	住 所	
	氏 名	
就業先施設又は事業所	所在地	伊那市
	名 称	
就業期間		年 月 日 ～ 現在