

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