

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

益子町長 様

法人名
所在地
代表者名

益子町介護福祉士資格取得支援助成金の交付申請のため、下記の者の就業について、次のとおり証明します。

記

| | | |
|----------------|--|--|
| 被雇用者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| 就業先 事業所 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 雇用形態 ※1 | <input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 就業日 ※2 | 介護職員として、 年 月 日から 就業しています。 | |
| 本件に係る 担当者名等 | 部署名： 担当者名： 電話番号： | |

※1 訪問介護事業所等に登録をし、事業者から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」と記載してください。

※2 雇用形態が「登録」の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就業日としてください。