

勤務先の担当者が記入してください。

（あて先）千葉市長

<証明日>

研修修了日以後、申請書提出日
前の日付を記入してください。
また、証明有効期間は30日間
です。

証 明 日 令和7年 6月 20日

法人所在地 千葉市中央区0001-2-3

法人名称 社会福祉法人ちば花見川稲毛

法人代表者

役職 理事長 氏名 千葉 若葉

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・連絡先 花見川 友子 00-0000-0000

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
就労していること

誤りが多いので、特にご注意ください。

【証明者の押印について】

法人の代表者印を押印してください。（代表取締役之印、理事長印など）

また、勤務先証明欄に訂正が生じた場合は、**押印した代表者印での訂正が必要**になります。

チェックがないと受け付けることができません。チェック漏れのないようにしてください。

被雇用者	名	千葉 太郎
	所	千葉市 中央区 千葉港1番1号
	就労開始日 従事日数	令和元 年 1 月 1 日から現在も就労している <input checked="" type="checkbox"/> 上記開始日から起算して30日以上従事している ※30日に満たない場合は、申請ができません。 いずれかにチェック
	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	ちば緑サービス事業所
	所在地	千葉市緑区 中央 2-3
	電話番号	000-0000-1000
	事業所番号	XXXXXXXXXX

<書き間違えた場合の訂正方法>

- (1)間違えた箇所に二重線を引く。
- (2)その上に正しい文言を書く。
- (3)上記で押印した法人の代表者印を押印する

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

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。

助成を行っている、または行う予定がある（金額を記入）

助成（予定）額 25,000 円

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

勤務先や法人等で受講費用等を助成している場合は、その額を記入してください。同じ研修費用を重複して助成することはできません。

助成等を行った、または行う予定の場合、当該助成等に係る額を確認できる書類が必要です。

※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。