様式第２号（第６条関係）

（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・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、下記の者が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 | 年　　　月　　　日から現在も就労している**□**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。 |
| 雇用形態 | **□**　常　勤　　**□**非常勤（パート、アルバイト）　**□**　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 |  |
| 【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　　　　　　　　　円**□** 助成を行っておらず、また、今後も行う予定がない |

※□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。**