

勤務先の担当者が記入してください。

令和7年 7月 10日

＜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。

（あて）

所在地 千葉市中央区0001-2-3

名称 社会福祉法人ちば花見川稲毛

代表者職・氏名 理事長 千葉 若葉

※代表取締役、理事長は代表者印を押印してください。

印

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。

千葉市上江井区役所市民生活課（市民生活課）より、下記の者の就業について、**令和7年7月10日**現在で、3月以上継続して当事業所で直接雇用していることを証します。

記

被雇用者 (就労者)	住 所	千葉市 中央区 千葉港1番1号
	氏 名	千葉 太 郎
	生 年 月 日	平成元年1月1日
	勤務開始日	令和元 年1 月1 日から現在も就労中
	勤務形態	常 勤 ・ 非常勤 ※事業所等の管理者で（ある・ない）
勤務事業所	所 在 地	ちば緑サービス事業所
	名 称	美 浜 千葉市緑区中央2-3
	事業所番号	XXXXXXXXXXXX
	電 話 番 号	000-000-000

いずれかに○

＜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
を証明します。（該当する□にチェックをつけてください。）

☒ 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 5,000 円

☐ 助成を行っておらず、また、今後も行う予定

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。

※証明書の有効期限は発行された日から起算して30日以内です。