継続就労証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 本　人　氏　名 |  |
| 本　人　住　所 |  |
| 生　年　月　日 |  |
| 所　属　部　署 |  |
| 職　　　　　種 |  |
| 入　　社　　日 |  |
| 雇　用　形　態 | □ 正社員　　　□ 契約社員　　　□ パート□ 技能実習生　　　□その他（　　　　　　） |
| 勤　務　時　間 | □　　時　　　分　～　　時　　分（計　　時間　　分）□ シフトによる |
| 休　　　　　日 | □ 土・日・祝□ シフトによる |
| 受講した研修の種別 | □ 初任者研修　　　□ 実務者研修 |
| 修了証明書の交付日 |  |
| 継続就労確認基準日（上記交付日から１年後） |  |

富良野市介護人材育成支援事業助成金交付要綱第15条第１項に規定する期間について、継続して就労（在職）していたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号