

富良野市介護人材確保支援事業助成金 雇用証明書

年 月 日

富良野市長 あて

証明者 住 所  
法 人 名  
代表者職名



下記の者については、 年 月 日現在当法人において介護職員として雇用していることを証明します。

記

|             |     |                                                                 |
|-------------|-----|-----------------------------------------------------------------|
| 住 所         |     |                                                                 |
| 氏 名（フリガナ）   |     |                                                                 |
| 生 年 月 日     |     | 年 月 日                                                           |
| 勤 務<br>事業所  | 名 称 |                                                                 |
|             | 所在地 |                                                                 |
| 介護サービス種別    |     |                                                                 |
| 従 事 す る 職 種 |     |                                                                 |
| 雇用契約年月日     |     | 年 月 日<br><small>事業所配置年月日<br/>（雇用年月日と異なる場合）<br/>令和 年 月 日</small> |
| 勤 務 期 間     |     | 年 月 日～ 年 月 日                                                    |
| そ の 他       |     | <input type="checkbox"/> 過去に富良野市介護人材確保支援事業助成金の対象となった介護職員等ではない   |

上記に相違ありません。

年 月 日

介護職員署名 \_\_\_\_\_