様式第２号（第７条関係）

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　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） | |  |
| 氏　　名 | |  |
| 生年月日 | |  |
| 勤務事業所 | 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 | |  |
| （雇用年月日と異なる場合）  事業所配置年月日 | |  |
| 勤務期間 | |  |
| その他 | |  |

上記に相違ありません。

　　　　年　　月　　日　　　介護職員署名