様式第2号（第5条関係）

就労証明書

年　　月　　日

（宛先）湖西市長

法人所在地

法人名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

湖西市介護職員初任者研修費補助金交付申請について下記のとおり証明します。

記

次の者は、証明日現在、介護職員初任者研修修了後、介護職員として週20時間以上の勤務を3か月以上継続しています。

住　　　所

氏　　　名

生 年 月 日

勤務先所在地

勤務先事業所名

勤務開始日

雇用形態

以上