（参考様式）

出雲市介護人材支援事業補助金に係る就労証明書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 就労者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 採用年月日 | 年　　月　　日 | |  | |
| 就労形態 | □ 常勤　　□　非常勤　（どちらか該当する方に☑してください。） | | | |
| 仕事の内容 |  | | | |
| 就労先 | 事業所名 |  | | |
| 所在地 | 出雲市 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 配属年月日 | 年　　月　　日 | |  |

年　　月　　日

出雲市長　　様

　上記の事項について、事実と相違ないことを証明します。

　また、上記の者が在職していることを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （事業者） | 所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 代表者職氏名 |  | |
|  | 担当者 | (部署) | (氏名) |
|  |  | (連絡先) | |

注意事項

１　就労先事業所は出雲市内のみ対象です。事業者の所在地は市外でも構いません。

２　上記の事項が事実と異なった場合、補助金の交付を取消すことがあります。

３　押印不要ですが、後日、担当者に電話確認しますので予めご承知おきください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市確認欄 | □担当者  □就労者  □採用年月日  □就労形態 | □仕事の内容  □事業所名  □配属年月日 | (確認者) |