**様式第２号（第６条関係）**

**就業証明書**

**年　　月　　日**

**我孫子市長　あて**

**法人名**

**法人所在地**

**事業所名**

**代表者職・氏名**

**（法人代表者□ ・ 事業所代表者　□）**

**※　該当する□に✓を付けてください。**

**我孫子市介護職員養成研修受講費助成金の交付の申請に当たり、次の者が介護職員として就業していることを証明します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **被雇用者** | **氏　名** |  |
| **住　所** |  |
| **雇用開始日** | **年　　月　　日から現在も就業中** |
| **雇用形態** | **常勤　・　非常勤** |
| **雇用者** | **法人名** |  |
| **所在地** |  |
| **代表者職・氏名** |  |
| **就業先** | **事業所名** |  |
| **所在地** |  |
| **事業所番号** |  |
| **代表者職・氏名** |  |
| **電話番号** |  |
| **【受講料等の助成に関する証明欄】**  **上記の者に対する研修の受講料及び教材費（喀痰吸引等研修の場合は保険料を含む。）の助成について、次のとおりであることを証明します（該当する□に✓を付けてください。）。**  **□　助成を行った又は行う予定がある。**  **※　助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。**  **□　助成を行っていない（今後も行う予定がない。）。**  **【喀痰吸引等研修費の助成を申請する場合】**  **□　登録喀痰吸引等事業所又は登録特定行為事業者である。** | | |

**（記載者氏名　　　　　　　　　　　　　）**

**※　助成金の交付から一定期間経過後、法人又は事業所に対して、我孫子市から被雇用者の就業状況を照会する場合があります。**