様式第３号（第６条関係）

玖珠町介護職員初任者研修等受講助成金に係る就労証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就労者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 就労者住所 |  |

〈申請者の方へ〉

　就業開始から６か月以内に、就労実績が月１０日以上、かつ、３０時間以上の月が３回となった後に、事業所へ証明の依頼を行ってください。

〈事業所のご担当者へ〉

太枠内はすべて事業所が記入してください。

研修時、既に就業している場合は、採用年月日を研修修了日翌日としてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 採用年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 契約（期間）の有無 | 無　・　有　（　　　年　　月　　日まで：更新予定　有　・　無　） |
| 就労実績※就業開始後、６か月以内に月１０日以上かつ３０時間以上の就労があった月を記入してください。 | 就労月 | １月あたりの就労日数（１０日以上／月） | １月あたりの就労時間（３０時間以上／月） |
| 　　月 | 　　　　　　　　日 | 時間　　　分 |
| 　　月 | 　　　　　　　　日 | 時間　　　分 |
| 　　月 | 　　　　　　　　日 | 時間　　　分 |
| 備考： |
| 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　年　　　月　　　日住　　所事業所名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞電話番号 |