

## 就労証明書

年 月 日

東三河広域連合長様

法人所在地：

法人名：

代表者職・氏名：

電話番号：

下記の内容について、事実と相違ないことを証明します。

就労者	氏名			
	住所			
就労者の勤務先	勤務先名称			
	勤務先所在地			
	介護保険事業所番号			
	サービス種別			
	電話番号			
雇用形態	常勤・パート・アルバイト・その他（ ）			
雇用開始日	年	月	日	
勤務日数及び時間	週	日（ 時間）	勤務	
現在の職種				
介護支援専門員等業務に就く予定の有無	予定：有（ 年 月に介護支援専門員/主任介護支援専門員に就く予定） 無 ※現在介護支援専門員等業務に就業中の方は記入不要			
その他確認事項	介護支援専門員等資格の取得に関する研修受講にかかる費用の支給を <input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> している（_____円） ※交通費や宿泊代は除く			

[注意事項]この証明書は、東三河広域連合介護支援専門員等資格取得補助金の交付申請に必要な書類です。事実と相違した場合には、申請者に対して交付決定を取り消すとともに、補助金の返還を求めることがあります。また、証明書を発行した法人や事業所等に対して東三河広域連合から実地または電話の調査を行うことがあります。