

## 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	
法人の雇用期間		年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 現在
就 労 者 の 勤 務 先 ( 1 事 業 所 目 )	勤務先名称： 勤務先所在地： 事業所番号： サービス種別： 就 労 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 現在	
	【職務内容又は職種】	
就 労 者 の 勤 務 先 ( 2 事 業 所 目 ) <u>※対象期間中に同一法人が運営する他事業所への異動があった場合に記入してください。</u>	勤務先名称： 勤務先所在地： 事業所番号： サービス種別： 就 労 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ・ 現在	
	【職務内容又は職種】	

[注意事項] この証明書は、東三河広域連合介護従事者就労支援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、証明書を発行した事業所に対して東三河広域連合から実地または電話調査を行うことがあります。

※「対象期間」とは、東三河広域連合介護職員初任者研修受講支援補助金等交付要綱第3条第2項第3号に規定する要件の対象期間であり、事業所等に関わる役務の提供期間を指します。

※就労者の勤務先について、複数ある場合は必要に応じ、行を増やして記入してください。