様式第３号（第５条関係）

岩国市介護職就職支援給付金勤務証明書

　　　　　　　　申請者 住所

氏名

（雇用主記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 勤務期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（又は証明日現在まで）勤務※勤務開始が令和５年４月１日以降であり、証明日において１年以上３年以内の期間、勤務を継続中である者が対象となります。 |
| 職性・勤務形態 | □　相談又は介護に従事する者（事務員を除く。）として勤務しています。□　週20時間以上又は月80時間以上勤務しています。※該当を確認し、チェック☑をお願いします。　上記の両方を満たした者が対象となります。 |
| 上記のとおり勤務していることを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日雇用主（事業主）　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号（担当）　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）本件責任者氏名　　　　　　　　　　　本件担当者氏名　　　　　　　　　　　 |