様式第３号（第５条関係）

岩国市介護福祉士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 |
| 介護福祉士としての  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  ※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 | □　常勤の介護福祉士として直接雇用した者です。  □　勤務時間は週32時間以上です。  ※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 | |