

必ず雇用主が記入してください。

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

坂井市長 様

勤 務 証 明 書

（坂井市介護職員キャリアアップ奨励金関係）

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金の交付申請について、下記のとおり証明します。

下記の者は、証明日現在、介護職員、介護支援専門員又は主任介護支援専門員としての勤務を6か月間以上継続しています。

（雇用主記載欄）

被 雇 用 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	勤務先所在地	坂井市
	勤務事業所名	
	勤務開始日	
	職 種	介護職員 ・ 介護支援専門員 ・ 主任介護支援専門員
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤

雇用主
(事業主) 所在地 _____

法人名 _____

代表者名 _____
(署名又は記名・押印してください)

※ 証明日は申請日前1か月以内であること。

記入例

(係)

記入日

令和 5 年 4 月 30 日

坂井市長 様

勤務証明書

(坂井市介護職員キャリアアップ奨励金関係)

坂井市介護職員キャリアアップ奨励金の交付申請について、下記のとおり証明します。

下記の者は、証明日現在、介護職員、介護支援専門員又は主任介護支援専門員としての勤務を6か月間以上継続しています。

(雇用主記載欄)

被 雇 用 者	住 所	坂井市坂井町下新庄1-1
	氏 名	坂井 太郎
	生年月日	560 年 1 月 1 日
	勤務先所在地	坂井市 坂井町下新庄1-1
	勤務事業所名	坂井市役所高齢福祉課
	勤務開始日	令和 4 年 10 月 1 日
	職 種	介護職員 ・ 介護支援専門員 ・ 主任介護支援専門員
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤

雇用主 (事業主)	所在地	坂井市坂井町下新庄1-1
	法人名	坂井市役所
	代表者名	坂井市長 ○○ ○○ 印

(署名又は記名・押印してください)

※ 証明日は申請日前1か月以内であること。