

就労証明書

令和 年 月 日

柏市長 あて

法人名

法人所在地

事業所名

代表者職・氏名 印

(法人代表者 ・ 事業所代表者)

※該当する に をつけてください

柏市介護職員初任者研修等受講料等助成金の交付の申請にあたり、次の者が介護職員として就労していることを証明します。

被 雇 用 者	氏 名	
	住 所	
	雇用開始日	年 月 日から現在も就労中
	雇用形態	常勤 ・ 非常勤
雇 用 者	法人名	
	所在地	
	代表者職・氏名	
就 労 先	事業所名	
	所在地	
	事業所番号	
	代表者職・氏名	
	電話番号	

【研修受講料等の助成に関する証明欄】

上記の者に対する研修の受講料及び教材費の助成について、以下のとおりであることを証明します。

助成を行っている、または行う予定がある
※助成金の額及び内訳が分かる資料を添付してください。

助成を行っておらず、また、今後行う予定がない

(該当する に をつけてください)

※柏市から被雇用者へ柏市介護職員初任者研修等受講料等助成金の交付から一定期間経過後、法人又は事業所に対して、被雇用者の就労状況を照会する場合があります。