

様式第3号（第6条、第9条関係）

介護施設勤務証明書
（湯沢町介護人材就職支援金）

申請者 勤務者 住所 _____

氏名 _____

（太枠内：雇用主記載欄）

| | |
|---|----------------------|
| 勤務先 | (名称) (所在地) |
| 業務内容 | |
| 就職日 | 年 月 日 |
| 雇用形態 | 直接雇用 ・ 間接雇用 |
| 雇用（予定）期間 | 無期雇用 ・ 有期雇用（期間 ～ ） |
| 勤務時間 | 週（ ）時間勤務 又は 月（ ）時間勤務 |
| 上記の事項について事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 雇用主 (事業主) 所在地 _____ 法人名 _____ 代表者名 _____ (印) 電話番号 _____ | |