様式第２号（第６条関係）

長浜市介護職員初任者研修課程等研修費補助金交付申請に係る雇用証明書

年　　月　　日

長浜市長　　あて

所 在 地

事業所名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり、下記の者を週２０時間以上雇用していることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 長浜市 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業所名 | 法人名事業所名 |
| 職　　　種 |  |
| 採用年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 在職期間 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　～　　現　在 |
| 介護職員初任者研修課程等受講料補助 | 有 （金額　　　　　　円）・　無 |