令和　　年　　月　　日

就労証明書

　吉田町長　様

所在地

名　称

証明者

代表者

電　話

　令和　　年　　月　　日時点において、次の者を介護職員として３か月以上雇用していることを次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 就労状況 | 現在の勤務先事業所 | 所 在 地　※ |  |
| 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| サービス種類 |  |
| 就労期間 | 令和　　年　　　月　　日から  令和　　年　　　月　　日まで | |
| 通算　　　月 | |
| 雇用体系 | □　常勤勤務　　□　非常勤勤務 | |

※　勤務先事業所は、吉田町内のみが補助金の対象となります。

（法人所在地は町外でも可能）