

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

㊟

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	年 月 日から 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）