

第2号様式（第6条関係）

年 月 日

中種子町長 殿

（証明者）

事業所 所在地

名称

代表者職氏名

印

中種子町介護・福祉人材確保対策事業就業証明書

- 1 下記の者を雇用した（する）ことを証明する。
- 2 下記の者を継続して雇用していることを証明する。

※ 該当するものに○をつけてください。

記

勤 務 者 氏 名	(カナ)	生年 月日	
勤 務 者 住 所			
勤 務 先 事 業 所 (証明者欄と異なる場合)		配属 部署	
勤 務 先 所 在 地 (証明者欄と異なる場合)			
雇用開始（見込）年月日	年 月 日 (証明日現在, 勤続 年経過)		
雇 用 形 態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤		
職 種 又 は 従 事 す る 業 務			
資 格 等			

記 入 担 当 者 職 ・ 氏 名	
連 絡 先 電 話 番 号	