

日田市介護職員初任者研修受講助成金に係る就労証明書

就労者氏名		生年月日	平成 ・ 昭和	年	月	日
就労者住所						

<申請者の方へ>

・勤務開始後3か月の実績が月10日以上、かつ、30時間以上の勤務となる月に、勤務している事業所へ証明の依頼を行ってください。

採用年月日	平成 年 月 日		
契約(期間)の有無	無 ・ 有 (平成 年 月 日 まで : 更新予定 有 ・ 無)		
就労時間 ※申請日の属する月を当月とし、実績2か月、予定1か月の合計4か月分を記入してください。	勤務(予定)	1か月あたりの勤務日数 (10日以上/月)	1月あたりの勤務時間 (30時間以上/月)
	月(実績)	日	時間 分
	月(実績)	日	時間 分
	月(当月)	日	時間 分
	月(予定)	日	時間 分
備 考 :			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日			
住 所			
事業所名			
代表者名			
電話番号			

※太枠内はすべて事業所が記入してください