

旭川市介護職員初任者研修受講費用補助金就業証明書

（宛先）旭川市長

所在地

法人名

代表者名

次のとおり就業していることを証明します。

就業者	氏名	
	住所	
就業先事業所	事業所名	
	事業所番号	
	サービス種別	
	所在地	
就業期間	年 月 日 ～ 年 月 日現在まで	
勤務形態	訪問介護員（ <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 ）	
勤務時間	・ 主な1月の勤務日数 日 ・ 主な1日の勤務時間 時間	

担当者氏名

電話番号