

別記様式第2号（第6条関係）

年 月 日

芳賀町長 様

法 人 名
所 在 地
代 表 者 名

㊟

芳賀町介護福祉士資格取得支援助成金の交付申請のため、下記の者の就業について次のとおり証明します。

記

被雇用者	氏 名	
	住 所	
就 業 先 事 業 所	名 称	
	所在地	
雇用形態 ※1	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非常勤職員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ ）	
就 業 日 ※2	介護職員として、 年 月 日から就業 しています。	
本件に係る 担当者名等	部 署 名： 担 当 者 名： 電 話 番 号：	

※1 訪問介護事業所等に登録をし、事業者から指示された時間帯だけ労務を提供する場合は、「その他」欄に「登録」と記載してください。

※2 雇用形態が「登録」の場合は、登録日ではなく、実働開始日を就業日としてください。