様式第３号（第６条関係）

年　　　月　　　日

京丹波町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

京丹波町福祉人材確保対策事業就業証明書

　京丹波町福祉人材確保対策事業助成金の交付申請のため、下記の者の就業について、次のように証明します。

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 | □正規職員  □非常勤職員、パート、アルバイト  □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。