

様式第2号（第5条関係）

雇用証明書（介護職員等確保支援補助金申請用）

1 被雇用者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 （ _____ 歳）

2 雇用開始年月日 _____ 年 月 日

3 主に従事する職種 _____

（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）現在において、上記の者を1週間の所定勤務時間が20時間以上の勤務形態において雇用していることを証明します。

年 月 日

事業主

住 所

事業所名

代表者名

㊞