

年 月 日

（宛先）えびの市長

所在地

法人名

代表者名

印

えびの市介護人材確保推進事業補助金就業証明書

次の者を雇用していることを証明します。

被雇用者	氏 名		
	住 所		
就業先事業 所 ※1	名 称		
	所在地		
雇用形態	☐ 正規職員		
就業期間※2	____年 ____月 ____日（採用日）から ____年 ____月 ____日まで		
	☐ 継続して雇用 ☐ 退職予定		
担当者		連絡先電話番号	

備考1 就業先事業所はえびの市内を対象とします。法人の所在地は市外でも構いません。

2 継続して雇用する場合は採用日のみ記入してください。退職予定の場合は、採用日から退職予定日までとして記入してください。