様式第２号（第７条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）えびの市長

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

えびの市障害福祉人材確保推進事業就業証明書

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　※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　就業先は市内の事業所等を対象とします。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。