

（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	<input type="checkbox"/> 正規職員	
就業期間 ※2	____年 ____月 ____日（採用日）から ____年 ____月 ____日まで	
	<input type="checkbox"/> 継続して雇用 <input type="checkbox"/> 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。