

在 職 ・ 勤 務 証 明 書

氏 名			
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		
採 用 年 月 日	平成 令和 年 月 日 から現在在職中		
勤 務 事 業 所 ※現在、実際に勤務している稲美町内の障害福祉サービス事業所を記載	事 業 所 称		
	事 業 所 在 地	稲美町	
	連 絡 先	- -	
	勤 務 開 始 日 ※	平成 令和 年 月 日 から現在勤務中 ※勤務開始日から2年を経過していない場合は、2年以上の勤務見込があること	
職 種			

※稲美町[障がい福祉分野]専門的人材養成研修助成金の交付対象は、稲美町内の障害福祉サービス事業所に勤務する職員の研修受講費用を事業所が負担した場合に限ります。

上記のとおり、在職・勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

法人名
所在地
連絡先 - -
代表者名 印