様式第２号（第５条、第８条関係）

介護事業所勤務証明書

（高森町介護人材カムバック支援金）

申請者　勤務者　住　所

氏　名

（太枠内：雇用主記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 | （名　称）（所在地）  |
| 業務内容 |  |
| 就職日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 雇用形態 | 常勤　・　非常勤（週　　　時間　または　月　　　時間） |
| 雇用（予定）期間 | 　無期雇用　・　有期雇用（期間　　　　　　 ～ 　　　　　　） |
| その他 | 申請者は技能実習制度等による就職ではありません |
| 上記の事項について事実と相違ないことを証明します。年　　月　　日雇用主（事業主）　所在地　　　　　　法人名　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　電話番号 |