

在 職 証 明 書

氏 名	
住 所	
生年月日	年 月 日
採用年月日	年 月 日 ～ 現在在職中
就業事業所※1	※実際に働いている明石市内の介護・障害福祉サービス等の事業所 (正式名称)を記載。 事 業 所 名 : 事業所住所 : 連 絡 先 :
職 種	
備 考	

※1. 明石市介護・障害福祉資格取得支援助成金の交付対象は、明石市内に所在し、介護・障害福祉サービス等を行っている事業所が対象です。(申請後、明石市に登録されている事業所リストと照合します。)

上記の通り、在職していることを証明いたします。

年 月 日

所 在 地 :
名 称 :
電 話 :

代 表 者 名 :

㊞