

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：

印

(代表者印)